WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE

DWUMIESIĘCZNIK MARZEC — KWIECIEŃ

ROK VIII 1936 NUMER 2

Dr. H. WILPERT, Kolonja.

ZACHOWANIE SIĘ IZOTONICZNYCH, HIPERTONICZNYCH I HIPOTONICZNYCH ROZTWORÓW W USTROJU LUDZKIM.

(Referat według: Podręcznik Fizyki, Braun: Znieczulenie miejscowe, 1934 i Z. Ber. 1931, Nr. 1).

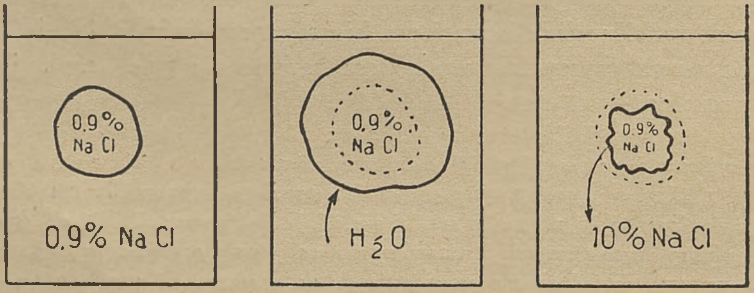
Pierwsze badania nad osmotycznem zachowaniem się komórki wykonał *Pfeffer* w roku 1887 na komórkach roślinnych, które zasadniczo zachowują się pod względem osmozy zupełnie tak samo jak komórki ustrojów zwierzęcych. *Pfefferowi* zawdzięczamy również wykrycie sposobu mierzenia ciśnienia osmotycznego według metody, którą stosujemy bez zmiany jeszcze i obecnie. Według określenia fizycznego komórka jest przepuszczalna, jeżeli jej ściana przepuszcza zarówno wodę jak i sól. Przepuszczalność można wykazać doświadczalnie na cylindrze szklanym, szczelnie zamkniętym z obu stron błoną pergaminową. Zupełnie inaczej przebiega proces dyfuzji, jeżeli ściana komórki przepuszcza wprawdzie wodę, lecz zatrzymuje sole, czyli jeżeli jest półprzepuszczalną.

Dla celów demonstracji fizycznej wytwarza się taką komórkę w ten sposób, że stronę zewnętrzną cylindra z porowatej gliny pokrywamy cienką błoną z żelazocyanku miedziowego. Cylinder z gliny odgrywa przytem tylko rolę trwałego rusztowania dla błony żelazocyanowej gdyż błony takiej z cyanku miedzi nie udaje się wytworzyć. Jeżeli komórkę tego rodzaju wypełnimy roztworem soli i wstawimy do wody przekroplonej, to woda może przenikać do wewnątrz, sól jednak nie przedostaje się na zewnątrz. Dyfuzja odbywa się więc tylko jednostronnie, wobec czego ciśnienie wewnątrz komórki zwiększa się i to ciśnienie właśnie nazywamy ciśnieniem osmotycznem. Ciśnienie osmotyczne obliczamy zwykle w atmosferach; można je określić z łatwością zapomocą manometru rtęciowego połączonego z wnętrzem komórki. Ciśnienie osmotyczne tkanek i płynów tkankowych człowieka i wyższych zwierząt ciepłokrwistych odpowiada w przybliżeniu ciśnieniu osmotycznemu 0,9%-owego roztworu soli kuchennej.

Wobec tego, że tkanki ludzkie składają się z komórek półprzepuszczalnych, znajdują tu zastosowanie te same prawidła jak przy komórkach roślinnych lub sztucznych komórkach żelazocyanku miedzi.

Przy wstrzykiwaniu do tkanek ludzkich roztworu hipotonicznego dochodzi wskutek hipoosmotycznego zachowania się roztworu do pęcznienia komórek, gdyż woda przechodzi przez półprzepuszczalną ścianę komórki do jej wnętrza, podczas gdy sól w warunkach normalnych nie może drogą dyfuzji przeniknąć nazewnątrz. Pęcznienie to przedstawia, oczywiście, uszkodzenie tkanki i może ewentualnie doprowadzić nawet do pęknięcia ściany komórkowej *). Uchwytnym przejawem takiego uszkodzenia tkanek po wstrzyknięciu np. hipotonicznego roztworu Novocainy jest przeciągający się ból następczy i utrudnione gojenie się rany. Z drugiej jednak strony roztwór słabo hipotoniczny może wzmagać natężenie znieczulenia miejscowego (znieczulenie wskutek pęcznienia), gdyż tkanki zahamowane w swych procesach życiowych przez zaburzenia osmotyczne reagują na jednakowe stężenie środka znieczulającego silniej, niż tkanki normalne. Jak wiadomo, silniejsze działanie znieczulenia infiltracyjnego metodą *Schleicha*, polegającego na wstrzykiwaniu hipotonicznego roztworu soli kuchennej z dodatkiem niewielkiej ilości Novocainy i t. d., zależy od hipotonji roztworu. Uszkodzenie tkanek jest przytem tem mniejsze, im stężenie hipotoniczne jest bliższe do izotonji i im prędzej może nastąpić wyrównanie stężenia w tkankach. Im tkanka jest wrażliwsza, tem większą wagę należy przypisywać stosowaniu roztworów izotonicznych. Wstrzykiwania roztworów izotonicznych nie wywołują żadnych prądów osmotycznych.

Jeżeli wstrzyknąć do tkanek roztwór hipertoniczny, to dążenie do wyrównania ciśnień osmotycznych, prowadzi do przenikania płynu z komórek do miejsca wstrzyknięcia, co wywołuje kurczenie się komórek tkankowych. Prądy osmotyczne trwają tak długo, aż i tu dojdzie do izotonji.



Powyższy rysunek szematyczny uwidacznia różne działania poszczególnych roztworów, które tu jeszcze raz w krótkości powtórzymy:

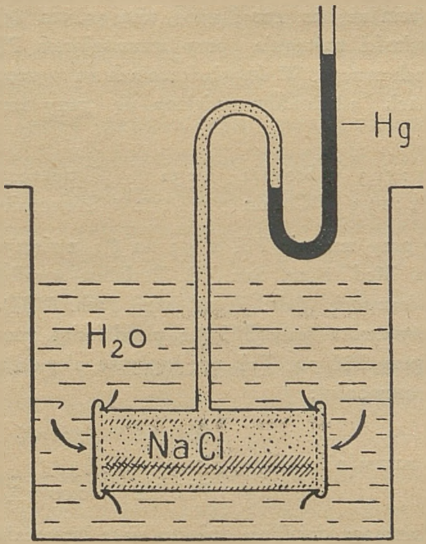
1) roztwór izotoniczny pozostawia stosunki bez zmiany,
2) roztwór hipotoniczny wywołuje pęcznienie,
3) roztwór hipertoniczny wywołuje kurczenie się komórki.

---

*) Działanie hipotonicznych wód mineralnych na błonę śluzową żołądka polega prawdopodobnie na uszkadzaniu i obumieraniu starych komórek i nowotworzeniu komórek młodych.

Niektóre zjawiska odbiegające od powyższych prawideł zależą od tego, że przepuszczalność ściany komórkowej w stosunku do pewnych związków nie jest bezwzględną oraz że wchodzą tu w rachubę jeszcze inne biologiczne siły wyrównawcze.

Równie wielkie znaczenie jak izotonja ma izojonja roztworu Novocainy, to znaczy przystosowanie do stężenia jonów wodorowych tkanek (PH około 7,52). Silniejsze odchylenia od tego odczynu prowadzą do uszkodzenia tkanek. Naogół jednak dążenie do wytwarzania roztworów znieczulających, posiadających PH 7,52, jest niewykonalne, gdyż przy takiem stężeniu jonów wodorowych Suprarenina ulega z biegiem czasu rozkładowi. Działanie zaś Supraraniny, zwężające naczynia i przedłużające znieczulenie, jest tak ważne, że zrezygnować z niej nie możemy. Podobnie jak na powietrzu, zamienia się Suprarenina w roztworze alkalicznym w nieczynny chinon (różowe zabarwienie), podczas gdy Novocaina początkowo jeszcze działa, chociaż już znacznie słabiej, gdyż wskutek braku czynnej Suprareniny ulega szybkiemu wchłanianiu. Po krótkim czasie wytwarza się związek zespolony chinonu z Novocainą-



Szemat komórki półprzepuszczalnej.

(brunatne zabarwienie) i wówczas wszelkie działanie znieczulające kończy się już ostatecznie. Przy odczynie kwaśnym rozkład ten nie następuje. Wobec powyższego jedynie słabo kwaśne roztwory posiadają po dłuższem przechowywaniu ten sam skład, jak w dniu wytworzenia preparatu. Rozumie się samo przez się, że dla uniknięcia uszkodzenia tkanek stężenie jonów wodorowych nie może być zbyt wysokie. Naogół jednak zdrowe tkanki dobrze znoszą niewielkie odchylenia od prawidłowej zasadowości tkanek, gdyż posiadają szybko działający mechanizm wyrównawczy, który natychmiast nastawia słabo kwaśne albo zasadowe roztwory na PH tkanek. Inne stosunki zachodzą w stanach

zapalnych, gdyż tkanki zapalnie zmienione posiadają PH 5,4 — 5,8, wobec czego przy wstrzyknięciu słabo kwaśnego roztworu odczyn kwaśny pozostałby tu bez zmiany; mogłoby to grozić niebezpieczeństwem przeniesienia infekcji, a pozatem znieczulenie okazałoby się niedostateczne, gdyż zwykle stosowane środki znieczulające działają przy odczynie kwaśnym bardzo słabo albo nawet zawodzą zupełnie. Zdolność wyrównywania odczynu zależy częściowo od szybkości dyfuzji, wobec czego wszelkie odchylenia od PH tkanek wykazują wpływ szczególnie niepomyślny, zwłaszcza w napiętych tkankach spoczywających na kostnem podłożu, gdzie mogą doprowadzić nawet do poważniejszego uszkodzenia tkanek.

Dopóki jednak nie przekraczamy tkanek zdrowych, roztwory zasadowe nie są potrzebne. Uchodzi za prawidło, że alkaloidy i związki do nich podobne wykazują w środowisku zasadowem działanie znacznie silniejsze.

Spotęgowanie działania przy odczynie zasadowym zależy prawdopodobnie od rozszczepienia hydrolitycznego. Zasada wykazuje znacznie silniejsze działanie niż sól. *Crane* (Jl. of Pharm. exp. Ther. 1922) uzależnia silniejsze działanie od zmiany stopnia dysocjacji, podczas gdy *Traube* (B. Z. 1912, tom 42, str. 470 i 1919, tom 95, str. 85) przyjmuje, że zwiększenie działania względnie jadowitości następuje przy wzrastającem PH głównie w związku ze zmianami napięcia powierzchownego. W doświadczeniach na wymoczkach (Paramaecium) wrażliwość na związki o cechach alkaloidów zwiększa się przy zmianach PH od 4,5 do 8,3 w sposób następujący:

Eucain B	1 : 51,3	Stovain	1 : 32	Tropacocain	1 : 30
Alypin	1 : 13,3	Cocain	1 : 11,2	Novocain	1 : 10,7

Jadowitość weratryny przy zmianie PH z 4,5 na 8,3 zwięszyła się 40-krotnie, a chininy 35-krotne (*Rhode*, Z. exp. Med. 1927, tom 32). Podobne wyniki otrzymali *Trevan* i *Book* w doświadczeniach na zwierzętach (Brit. Jl. of. exp. Path. VIII). Jeżeli zastosować kokainę na rogówkę królika, to wystarcza przy PH 8,2 pięćdziesiąt razy mniejsze stężenie kokainy niż to, które jest czynne przy PH 5,2. Tak np. rogówka ulega znieczuleniu na 10 minut pod wpływem następujących roztworów:

PH 5,2	0,38%	-owy roztwór kokainy	PH 7,2	0,019%	-owy roztwór kokainy.
PH 6,2	0,075%		PH 8,2	0,0075%	

Pomimo że $NaHCO_3$ wzmaga działanie znieczulające Novocainy (*Gross*, M. M. W. 1910), to jednak dodawanie tego dwuwęglanu nie znalazło dotychczas większego zastosowania, gdyż przy odczynie zasadowym Suprarenina ulega łatwemu rozkładowi, a Novocaina zmydleniu. Przy korzystaniu z roztworów zasadowych trzebaby było wówczas liczyć się z mniejszem lub większem zmydleniem preparatu w zależności od czasu, który minął od chwili wytworzenia roztworu.

Tyle teorja. W praktyce stosowanie roztworów zasadowych w celu osiągnięcia silniejszego działania nie wchodzi w rachubę już choćby z tego względu, że zdrowe tkanki wyrównywują odczyn zasadowy zupełnie tak samo, jak odczyn kwaśny i doprowadzają go szybko do stanu izojonji. Roztwory zasadowe nie dają nam więc żadnych korzystnych wyników, natomiast trwałość Suprareniny lub Corbasilu ulega znacznemu ograniczeniu. Jeżeli zaś niektórzy dentyści ciągle jeszcze zwracają się z żądaniami dostarczania im roztworów za-

sadowych, to polega to na tem, że nie przestrzegają oni prawidła niewstrzykiwania do tkanek zapalnych. W tkankach zapalnie zmienionych, reagujących kwaśno, roztwory Novocain-Suprareniny wykazują jedynie słabe działanie znieczulające, gdyż nie zachodzi tu wyrównanie stężenia jonów wodorowych do PH 7,52. W takich warunkach roztwory zasadowe wykazują ze zrozumiałych względów lepsze działanie znieczulające. Nie da się jednak uniknąć niebezpieczeństw, grożących zawsze przy wstrzykiwaniu do tkanek zapalnych. Postępowanie takie może doprowadzić do dalszego rozwoju zapalenia i nawet do zgorzeli. Uważamy za zbyteczne jeszcze raz zwracać tu uwagę na fatalne skutki takiego błędu; wspomnimy tylko o odnośnych pracach *Lindemanna* (Schmerz, Narkose und Anaesthesie 1930, Nr. 10) i *Sichera* (Z. Stomat. 1933, nr. 9). Jeżeli więc nie popełniamy żadnych błędów technicznych, to możemy zrezygnować z roztworu „alkalicznego"; zwracamy się przytem do roztworów, przy których dla utrzymania stałości Suprareniny lub Corbasilu oraz dla wytworzenia roztworu o najlepszej dla tkanek tolerancji obrano drogę pośrednią. Tą drogą pośrednią poszli wytwórcy roztworów znieczulających, którzy wytwarzają preparaty w gotowych do użytku ampułkach. Dokładna kontrola daje przytem lekarzom gwarancję, że preparaty odpowiadają wszelkim warunkom, jakich należy wymagać od środków leczniczych przeznaczonych do wstrzykiwań. Lekarz, który pragnie sam przygotować sobie roztwór do wstrzyknięcia, musi uwzględniać starannie wszystkie powyżej omówione szczegóły i dbać przytem, aby podczas wyjaławiania nie nastąpił rozkład preparatu. Należy przez dodanie odpowiedniej ilości soli kuchennej dostosować stosunki osmotyczne do panujących w tkankach i baczyć przytem, aby roztwór nie był zbyt kwaśny. Zwykła przekroplona woda powinna być zasadniczo obojętna (PH 7,0) — jest ona jednak nierzadko wskutek wchłaniania CO_2 stosunkowo kwaśna. Lekarz powinien zawsze brać pod uwagę wszystkie powyższe zastrzeżenia i unikać zapisywania takich niedokładnych recept jak np. „1%-owy roztwór Novocain-Suprareniny"; recepta taka pozostawia wszystko do uznania aptekarza. W recepcie tej niema żadnych wskazówek dotyczących dodatku soli kuchennej. Jeżeli aptekarz nie doda NaCl i nie uwzględni prawideł izotonji, to zwykły wodny roztwór może spowodować bardzo poważne uszkodzenia tkanek i być przy operacjach przepuklin przyczyną niepowodzenia. Powyższy zupełnie niedopuszczalny sposób zapisywania Suprareniny powodował już niejednokrotnie bardzo ciężkie zaburzenia i był w poszczególnych

przypadkach nawet przyczyną zejścia śmiertelnego. Z powyższego względu władze urzędowe ogłosiły nawet dla uniknięcia dalszych nieszczęśliwych wypadków wzory recept (Med. Kl. 1934, Nr. 51), w których podane zostały dawki dodawanej soli kuchennej, a przedewszystkiem określono ściśle roztwór Suprareniny według ilości i stężenia. Przy podawaniu wagi NaCl należy, podobnie jak przy opakowaniach oryginalnych tabletek Novocainy, określać tylko dokładne wartości przedmiotowe. Izotonję, niezbędną w każdym przypadku dla ochrony tkanek, w tej postaci, w jakiej ją mamy przy gotowych do użytku roztworach Novocain-Suprareniny „Bayer", można osiągnąć jedynie zapomocą specjalnych dokładnych badań w odpowiednio urządzonem laboratorjum.

Dr. STEFAN SCHWARZ.

(I Asystent Oddziału).

UŚPIENIE DOŻYLNE PRZY POMOCY EVIPAN-NATRIUM W CHOROBACH KOBIECYCH I POŁOŻNICTWIE.

Z Oddziału chorób kobiecych i położniczego państw. Szpitala Św. Łazarza w Krakowie. — Ordynator: Doc. Dr. J. Szymanowicz.

Olbrzymi oddźwięk wywołało ukazanie się przed trzema laty Evipan-Natrium, nowego środka do uśpienia dożylnego.

Jakkolwiek uśpienie dożylne nie jest rzeczą zupełnie nową i było już oddawna próbowane, to jednak środki do niego używane chybiały celu. Były to środki z grupy kwasu barbiturowego, środki trudno rozpuszczalne, ulegające powolnemu rozkładowi w ustroju i wydalaniu, a nadto działające szkodliwie na korę mózgu i ważne dla życia ośrodki rdzenia przedłużonego. Uzyskiwano więc sen zbliżony do zatrucia, a nawet właściwie polegający na zatruciu związkami kwasu barbiturowego, sen poza wszystkiemi swemi niebezpieczeństwami zazwyczaj za płytki do wykonania nawet niewielkiego zabiegu.

Jasną jest więc rzeczą, że wobec takich wad, uśpienie dożylne niewielu znajdowało zwolenników i praktycznie prawie nie wchodziło w rachubę, stojąc daleko wtyle poza uśpieniem wdechowem i wszystkiemi innemi sposobami znieczulenia ogólnego.

Wytworzeniem nowego środka, działającego głęboko usypiająco a przytem nieatakującego ani kory mózgowej, ani ważnych ośrodków, uczyniono olbrzymi krok naprzód, nietylko w dziedzinie uśpienia dożylnego, ale w dziedzinie znieczulenia wogóle.

Evipan-Natrium jest wprawdzie również pochodnym kwasu barbiturowego (jest on solą sodową kwasu N-metylo-cyclo-hexenylo-metylo-barbiturowego) stoi jednak pod wieloma względami znacznie wyżej od swoich poprzedników.

Najważniejszą cechą znamienną E. N. jest krótkotrwałość jego działania, polegająca na bardzo szybkiej i prawie całkowitej rozbudowie chemicznej tego środka, zachodzącej w 97% w wątrobie. Dzięki tak szybkiemu rozpadowi podanego dożylnie środka, ustrój zwalnia się równie szybko od jego działania usypiającego a przez to E. N. można postawić narówni a nawet wyżej od ciał lotnych usypiających, których działanie można w dość dowolny sposób regulować i w razie potrzeby przerwać.

Drugą również niezmiernie ważną cechą omawianego środka jest szybkość jego działania, przewyższająca znacznie szybkość działania wszystkich innych środków usypiających. Dodać tutaj trzeba, że zasypianie pod wpływem działania E. N., podmiotowo, a więc z punktu odczuwania chorej, przewyższa bezwzględnie i zupełnie nieporównanie wszystkie inne środki.

Do dalszych ważnych zalet E. N. zaliczyć należy małą siłę trującą tego leku wogóle, a pozatem dużą rozpiętość między dawką działającą a dawką trującą. Rozpiętość ta, która dla E. N. wynosi około 4, jest również znacznie większa od rozpiętości posiadanych przez inne środki usypiające. Ze względu właśnie na małą siłę trującą tego leku i nieatakowanie przez niego narządów miąższowych, uważamy, że jedynem przeciwwskazaniem do stosowania jego są miąższowe schorzenia wątroby. Pozatem środek ten znoszony jest dobrze tam, gdzie inne środki bywają znoszone źle, albo są zupełnie niedopuszczalne. Pamiętać jednak należy, że istnieją osobniki na działanie kwasu barbiturowego odporne, u których zarówno b. wysokie dawki weronalu i t. p., jak i Evipan nie są w stanie wywołać, poza pewnem odurzeniem, głębszego snu.

Po tym ogólnym wstępie pozwolę sobie omówić wskazania, technikę i wyniki stosowania E. N. na Oddziale chorób kobiecych i położniczym Szpitala Św. Łazarza w Krakowie.

Evipan-Natrium stosujemy od sierpnia 1933 r. Początkowo korzystaliśmy z próbek dostarczonych nam przez firmę Bayer, potem musieliśmy stosowanie tego środka przerwać, aż do czasu wprowadzenia go do sprzedaży w Polsce. Obecnie stosujemy E. N. z powrotem bardzo szeroko na materjale tutejszego Oddziału.

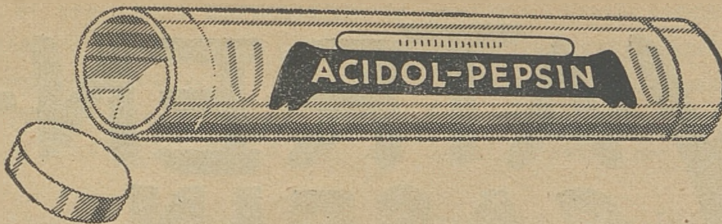
Chcąc mówić o wskazaniach do stosowania E. N. wygodniej jest przypomnieć wspomniane już uprzednio jedyne przeciwwskazanie ze strony wątroby. Pozatem istnieje wskazanie do stosowania E. N. szczególnie tam, gdzie jest przeciwwskazanie do zastosowania innego rodzaju uśpienia. A więc ogólnie przedewszystkiem: stany zapalne płuc i oskrzeli, niedomoga narządu krążenia, stany gorączkowe spowodowane zakażeniami ogólnemi, a dalej nadają się dobrze do uśpienia dożylnego omawianym środkiem przypadki nagłe, do uśpienia wdechowego nieprzygotowane. Następnie chore wrażliwe, nerwowe, bojące

się, nadają się również bardzo dobrze do uśpienia E. N. Z punktu zaś widzenia lekarza chorób kobiecych nadaje się E. N. szczególnie dobrze do stosowania we wszystkich tak zwanych „małych“ zabiegach ginekologicznych. Zabiegi te mimo iż są małe i krótkotrwałe, stawiają jednakże wytrzymałości chorej na ból wcale poważne wymagania, a stanowią przecież pokaźną pozycję w pracy ginekologa.

Do zabiegów tych zaliczamy — poza badaniem w uśpieniu, które przy użyciu E. N. wykonywać można nawet ambulatoryjnie — rozszerzanie kanału szyjki macicznej, wyłyżeczkowywanie jamy macicy próbne, lecznicze, względnie położnicze, dalej nakłucie i nacięcie jamy Douglasa, wycinki próbne, zakładanie radu, usuwanie polipów, względnie rodzących się włókniaków, wypalanie raka szyjki macicznej i kłykcin sterczących — te zabiegi szczególnie ze względu na obawę wybuchu eteru, — dalej zabiegi plastyczne szyjki macicznej, nacinanie ropni przymacicz i sutków. Z dłużej trwających zabiegów nadają się doskonale: pochwowe wyjęcie macicy, zabieg Alexandra-Adamsa oraz plastyki przedniej ściany pochwy. Plastyki tylnej ściany pochwy i krocza wymagają zazwyczaj dodatku eteru.

Jeżeli przejdziemy do zabiegów dużych, brzusznych, to jednak nie zawsze udawało nam się uzyskać dawką 1,0 g E. N. zupełne zwolnienie brzucha i zwiotczenie jelit. Mimo, że chirurdzy wyrażają zadowolenie z głębokości snu przy dużych zabiegach chirurgicznych, to jednak musimy tutaj postawić dla środka usypiającego wymagania większe. Operując głęboko w miednicy małej, musimy uzyskać pole operacyjne zupełnie wolne od wysuwających się jelit, które mogą nam wprost uniemożliwić wykonanie nawet drobnego zabiegu na częściach rodnych. Można zresztą podawać znacznie większe dawki E. N. które są w stanie sprowadzić bardzo głęboki sen, muszę jednak odrazu tutaj powiedzieć, że wydaje nam się znacznie prostszem technicznie, dodanie w przypadkach zbyt powierzchownego snu małych ilości eteru. W ten sposób uzyskujemy zawsze z łatwością wystarczająco głęboki sen i zwiotczenie powłok.

Co dotyczy położnictwa, to E. N. oddaje w niem równie cenne usługi. Zwrócić jednak trzeba uwagę i to w sposób jaknajbardziej stanowczy, że dawkowanie omawianego leku w czasie końca ciąży a zwłaszcza w czasie porodu i najwcześniejszego połogu jest niebylejaką sztuką i liczyć się należy *z olbrzymiemi* różnicami w znoszeniu tego środka przez kobiety w tych okresach czynności płciowych. Dawki podane przez *Samuela* do przeprowadzania bezbolesnego porodu (1 — 2 cm^3 co 20 — 30 minut) mogą w wielu przypadkach być o wiele za duże, gdyż przeprowadziliśmy zabiegi położnicze trwające ok. 30 minut w zupełnie głębokim śnie, przy pomocy dawki 2 cm^3. Dużą niewątpliwie rolę odgrywa tutaj stan wyczerpania rodzącej. Dlatego też trzeba u rodzących stosować E. N. bardzo ostrożnie i dawkować jedynie wedle oddziaływania usypiania, a nigdy wedle jakichkolwiek schematów i tabeli.



Zamiast leczenia kwasem solnym w płynnej postaci

ACIDOL-PEPSIN

preparat kwasu solnego z pepsyną w postaci pastylek

Działanie Acidol-Pepsiny trwa długo, gdyż kwas solny odszczepia się w żołądku bardzo wolno. Oprócz działania substytucyjnego również i optymalne zwiększenie wydzielania soku żołądkowego. Acidol-Pepsina nie drażni błony śluzowej jamy ustnej ani gardła i nadaje się wobec tego do stosowania również u pacjentów wrażliwych lub chorych na gruźlicę.

OPAKOWANIA ORYGINALNE:

				Moc I (bardzo kwaśne)	Moc II (słabo kwaśne)
rurki	*po 10*	*pastylek*	*à 0,5 g*	*— zł. 2.35*	*i zł. 1.80*
pudełka	*„ 50*	*„*	*à 0,5 g*	*— „ 8.55*	

BAYER

»Bayer«

LEVERKUSEN n/R.

Wyłączna Reprezentacja na Rzeczpospolitą Polską:

Dom Agenturowy „REMEDIA"

E. Fulde i S-ka

Warszawa, ul. Hipoteczna Nr. 5.

Pamiętając o tej zwiększonej a bardzo zmiennej wrażliwości osobniczej można E. N. stosować z powodzeniem do nacinania i szycia krocza, do obrotów i zabiegów wydobywania płodu (zwłaszcza w przypadkach nagłych, a więc nieprzygotowanych). Zwolennicy stosowania odurzania rodzącej w chwili przerzynania się główki mają w Evipanie również odpowiedni środek, muszą jednak pamiętać o tem, aby zadużą dawką nie znieść tłoczni brzusznej.

Dzieci znoszą E. N. dobrze. Rodzą się wprawdzie śpiące, lecz wygląd ich nie jest niepokojący i po małej chwili obudziwszy się zaczynają prawidłowo krzyczeć.

Podnieść należy, że krwawienie ani z macicy ani wogóle z pola operacyjnego nie zwiększa się pod wpływem E. N.

Co do techniki stosowania E. N. to nie różni się ona zasadniczo od powszechnie stosowanej. Dość ważne, choć nie niezbędne dla techniki stosowania jest ustalenie zgóry, czy chodzi nam o krótkotrwałe uśpienie, jednym zastrzykiem, czy o długotrwałe uśpienie wielokrotnemi zastrzykami, czy też wreszcie o wprowadzenie chorej w uśpienie, w czasie którego zastosujemy inny środek, a więc najczęściej eter.

Przygotowujemy chore zasadniczo tak samo jak do innych uśpień, z tem, że w przypadkach nagłych nie musi się pompować żołądka. Nie podajemy przed uśpieniem E. N. morfiny, gdyż zauważyliśmy, że nie wpływa to na głębokość snu, obniża zaś niejednokrotnie głębokość oddychania. Korzystniejsze jest znacznie podanie na godzinę przed przewidywanym zabiegiem 1 — 2 cm^3 Somnifenu. Nie należy przed uśpieniem podawać środków z grupy kamfory, podobnie jak i kofeiny, strychniny, efetoniny, gdyż osłabiają one nasenne działanie Evipanu.

Roztwór przygotowujemy oczywiście bezpośrednio przed wykonaniem uśpienia.

Wstrzykujemy 10 cm-ową strzykawką z dobrze widocznem kalibrowaniem, najlepiej z bocznym wylotem, jaknajcieńszą, krótko ściętą igłą. Jeżeli chodzi o długotrwałe podawanie E. N. składamy mały aparat (100 — 200 cm^3) do wlewania kroplowego i łączymy go z igłą założoną na osadce z bocznym kurkiem. Igłę ustalamy przylepcem do ręki ułożonej na szynie i w miarę potrzeby bocznym kurkiem dodajemy E. N. Wpływająca kroplami sól fizjologiczna zapobiega krzepnięciu krwi w igle. Wstrzykujemy zazwyczaj w żyłę łokciową, wyjątkowo w inne żyły (jak np. w v. saphena w okolicy kostki).

Co do samego usypiania, to nie należy sobie wyobrażać, że polega ono na mechanicznem wykonaniu zastrzyku dożylnego wedle jakiejkolwiek tabeli, opartej na wadze i wieku chorej. Istnieją olbrzymie osobnicze różnice we wrażliwości, często niezależne od wieku, wagi, sprawy chorobowej i stanu ogólnego chorej, które sprawiają, że *nigdy nie jesteśmy w stanie dawki zgóry przewidzieć, a musimy ją w czasie samego usypiania ustalić.*

Wstrzykiwanie musi się odbywać początkowo niezmiernie powoli (ok. 30" na 1 cm^3). Przy pewnej wprawie można ocenić już po paru kroplach sposób oddziaływania chorej na Evipan. Ścisłe trzymanie się zegarka nie zawsze odpowiada osobniczym właściwościom chorej. Jest ono konieczne jedynie dla początkującego narkotyzera, w celu ustrzeżenia się od zbyt szybkiego wstrzykiwania a co zatem idzie od niepotrzebnego przedawkowania.

Wskazane jest, aby oprócz wstrzykującego, znajdowała się druga osoba przy głowie chorej, mająca za zadanie obserwowanie wyglądu chorej i podtrzymywanie opadającej szczęki. Usypianie następuje wśród szybko wzmagającego się uczucia zmęczenia i senności. Drgawki i skurcze dowodzą zbyt szybkiego wstrzykiwania. Twarz chorej nie zmienia prawidłowego wyglądu, tętno nieznacznie przyspiesza, oddech często staje się trochę płytszy. Źrenice rozszerzone, na światło jednak oddziaływują. Ważnem dla dawkowania jest uchwycenie chwili zasypiania, t. j. chwili, w której chora przestaje liczyć. Doczekawszy tego momentu, należy przeczekać jeszcze aż do opadnięcia szczęki i wystąpienia chrapania i teraz w zależności od celu do jakiego ma służyć uśpienie, dawkować dalej. Do badania lub wykonania łatwego wycinku wystarcza zazwyczaj albo dawka zasadnicza (t. j. potrzebna do zaśnięcia), albo bardzo niewielki dodatek (½ — 1 cm^3 roztworu E. N.). Dla wykonania innych, dłużej trwających zabiegów, dodajemy w nieco szybszem tempie 10 — 20% dawki zasadniczej, a następnie maleńkiemi dawkami dodajemy resztę roztworu w czasie trwania zabiegu. Wykonując uśpienie podstawowe wstrzykujemy po uzyskaniu zaśnięcia 25 — 50% dawki zasadniczej. W uśpieniu tem można wykonać cięcie skórne; eter zaczynamy podawać w czasie zaopatrywania naczyń skórnych tak, że w chwili otwierania otrzewnej sen jest już dostatecznie głęboki. Znacznie korzystniej jest podawać eter maską Ombredanne'á, gdyż dzięki działaniu bezwodnika kwasu węglowego, pogłębia się wydatnie oddychanie.

Pamiętać należy, że jeżeli E. N. służyć ma jako podstawowy środek do uśpienia, to należy rozpocząć podawanie środka dodatkowego w czasie głębokiego snu evipanowego. W ten sposób można bardzo małą ilością eteru otrzymać dostatecznie głęboki sen. Uśpienie eterowe, rozpoczęte w czasie budzenia się chorej, nie różni się wiele od zwykłego uśpienia eterowego.

Nie należy się zbytnio spieszyć z rozpoczęciem zabiegu i raczej doczekać chwili, kiedy sen staje się głęboki. Zauważyliśmy niejednokrotnie, że zbyt wczesne wykonanie cięcia lub chwycenie skóry zapinką wywołuje dość energiczne odruchy obronne, trwające nieraz długo, mimo podania dużych dawek. Jeśli zaśnięcie nie nastąpi po podaniu 6 — 7 cm^3, nie należy dalej podawać E. N. lecz lepiej przejść do innego środka.

Chora po upływie czasu uśpienia (30 — 50 minut) budzi się dość szybko, bez żadnych dolegliwości związanych z innemi sposobami znieczulenia ogólnego (wymioty, bóle głowy). Podmiotowo wrażenia uśpienia są wedle opowiadania wszystkich inteligentnych chorych bardzo przyjemne. Dość często

utrzymuje się jeszcze kilka godzin po zabiegu senność, która zwykle jest nawet dość pożądana. Po podaniu dawek małych, potrzebnych do badania, chore po upływie godziny mogą zupełnie dobrze chodzić o własnych siłach. Budzenie się można przyspieszyć podaniem, zwłaszcza dożylnem, coraminy, corpiryny, stiminolu oraz wdechiwaniem bezwodnika kwasu węglowego.

W przypadkach przez nas spostrzeganych, na około 100 uśpień spotkaliśmy 2 chore niewrażliwe na evipan, które po podaniu 1 g tego środka wykazywały jedynie nieznaczne odurzenie i podniecenie. Innych powikłań nie spostrzegaliśmy nigdy. Nie zaszła nigdy konieczność stosowania środków budzących. Chore nerwowe i niespokojne przed zabiegiem budzą się zazwyczaj wśród objawów podniecenia ruchowego.

Zbierając nasze doświadczenia z omawianym środkiem, możemy stwierdzić, że stanowi on niezmiernie cenny i ważny nabytek w operacyjnem leczeniu chorób kobiecych i położnictwie.

Brak wybitniejszych działań ubocznych, a przedewszystkiem szybkie i spokojne zasypianie, szybkie budzenie się bez wymiotów i zamroczenia, nieznaczne działanie na narząd krążenia i oddechania, pozwalają zaliczyć E. N. do rzędu najcenniejszych środków usypiających.

Dr. PLAUT, Berlin.

PROMINAL JAKO ŚRODEK USPOKAJAJĄCY.

(Referat według Dtsch. Med. Wschr. 1935, Nr. 5).

W dawkach po 0,2 — 0,4 g przedstawia Prominal (N-metylo-etylo-fenylo-malonylo-mocznik) znakomity środek przeciwpadaczkowy. Dla uspokojenia nerwów wystarczają już dawki znacznie mniejsze; podajemy w tym celu Prominal w dawkach po 0,03 g kilka razy dziennie. Przy takiem postępowaniu nie potrzebujemy obawiać się niepotrzebnego wywołania snu lub wrażenia zmęczenia, możemy natomiast być pewni, że osiągniemy doskonały efekt uspokajający. Doświadczenie autora opiera się na 60 chorych obserwowanych w ciągu 6 miesięcy. Pewnej 11-letniej dziewczynce z nocnem nietrzymaniem moczu podano wieczorem przed snem 0,03 g Prominalu, wynik jednak nie okazał się pomyślny. Dopiero po podaniu dawki 3 razy dziennie po 0,03 g nocne oddawanie moczu ustało prawie zupełnie; zasługuje przytem na uwagę okoliczność, że dziewczynka wcale nie była senna lub zmęczona i mogła się nadal uczyć bez żadnego trudu i bez żadnych przeszkód. 13-letni chłopiec, cierpiący na uporczywą nerwową bezsenność i długotrwałe napady lękowe, które nie pozwalały mu samemu zasnąć w pokoju, nadzwyczaj szybko i pomyślnie zareagował na podawane mu małe dawki Prominalu; w przypadku tym nastąpiła nietylko poprawa lecz trwałe wyleczenie. Kobieta, cierpiąca na obawę

przestrzeni, niemogąca już od 10 lat sama opuścić mieszkania, poprawiła się w ciągu kilku miesięcy dzięki regularnemu zażywaniu Prominalu i odpowiedniej psychoterapji do tego stopnia, że należy się liczyć w najbliższej przyszłości z zupełnem wyleczeniem. W przypadkach dolegliwości klimakterycznych należy, oczywiście, stosować odpowiednie preparaty jajnikowe, nie wolno jednak przytem zaniedbywać jednoczesnego podawania środków uspokajających. Małe dawki Prominalu okazywały bardzo pomyślny wpływ na zaburzenia nerwowe i działanie ich było o wiele lepsze niż różnych preparatów bromowych. Prominal znacznie łagodził również i przeczulenie nerwowe, występujące nierzadko jako objaw choćby nieznacznej nadczynności tarczycy. Dla ludzi z nerwową bezsennością, którzy, jak to się najczęściej zdarza, wypróbowali już wszelkie możliwe środki nasenne, małe dawki Prominalu stanowią najodpowiedniejszy środek leczniczy. Autor obserwował zawsze w takich przypadkach, że przy zażywaniu w ciągu dnia 3 dawek Prominalu po 0,03 g, wieczorem następowało naturalne zmęczenie, senność i wreszcie sen we właściwej porze. Dawkę tę można w razie potrzeby zwiększyć do 4—6 razy dziennie po 0,03 g bez obawy wywołania jakichkolwiek niepożądanych objawów działania następczego, jak np. senność następnego dnia. Chorzy z nerwową bezsennością powinni bezwarunkowo zażywać małe dawki Prominalu przez czas dostatecznie długi.

ISTOTA I LECZENIE OTYŁOŚCI.

Bauer (Klin. Wschr. 1930 nr. 46). *Boller* (Klin. Wschr. 1934 nr. 50). *Magnus - Alsleben* (Münch. Med. Wschr. 1927 nr. 12). *Noorden* (Handb. d. allg. Diätetik. Berlin — Wiedeń. Med. Wschr. 1931). *Schittenhelm* (Klin. Wschr. 1932 nr. 11). *Stockholm - Borresen* (Ugeskr. f. Laeger 1932 nr. 19).

Zawartość tłuszczu w ustroju podlega znacznym wahaniom. Przeprowadzenie granicy między normalnem a patologicznem odkładaniem się tłuszczu należy często do zadań niełatwych. „W pierwszym okresie zwiększania się wagi można otyłemu jeszcze zazdrościć, w drugim okresie staje się on przedmiotem żartów, w trzecim zaś należy mu się już współczucie“. (*Ebstein*). Według *Strümpla* najczęściej przyczyną otyłości jest spożywanie zbyt wielkich ilości pokarmów. Niedostateczna czynność mięśniowa i ograniczenie ruchów sprzyjają przeważnie dalszemu, jeszcze większemu odkładaniu się tłuszczu, powstałemu początkowo jedynie wskutek nadmiernego jedzenia. Dla powstania otyłości jest zupełnie obojętne, czy spożywamy zbyt wiele tłuszczu, białka lub węglowodanów. Rozumie się samo przez się, że codzienny nadmiar pożywienia nie musi być zbyt wielki i jaskrawy. Stałość zwiększonego dowozu, „nadmiar jednego kawałka chleba codziennie“, jest najważniejszym czynnikiem tuczącym i doprowadza do niepożądanego wyniku.

Trudniejszą do oceny jest ta postać otyłości, przy której nie możemy wykryć nadmiaru pożywienia, a która zależy od zmniejszonego spalania. Dziedziczne i rodzinne występowanie tej otyłości przemawia za istnieniem pewnej szczególnej skłonności w tym kierunku. Znajdujemy tu pewien związek również i z innemi zaburzeniami przemiany materji jak z dną i chorobą cukrową. Najczęstszą przyczyną tej wewnątrzpochodnej otyłości jest niedomoga tarczycy.

Jeżeli nawet mówimy zwykle o otyłości pochodzenia tarczycowego, przysadkowego i t. d., to nie należy jednak zapominać, że w wielu przypadkach zaburzenie nie ogranicza się do jednego tylko gruczołu wewnętrznego wydzielania, którego odchylenia od normy występują jedynie nieco silniej, lecz ma przeważnie charakter wielogruczołowy. Przy otyłości tarczycopochodnej stwierdzamy np. nierzadko również i zaburzenia czynności gruczołów płciowych. Szczególnie bliski związek istnieje między zaburzeniami gruczołów płciowych i przysadkową postacią otyłości. Dla rozpoznania przysadkowej postaci otyłości ważne jest przedewszystkiem wykazanie zaburzeń gospodarki wodnej i solnej. Ze względu na zmniejszenie wydzielania wody i soli kuchennej otyłość przysadkowa nosi również nazwę otyłości solno-wodnej lub hydrolipomatozy. Niedomoga czynnościowa lub brak gruczołów płciowych np. po kastracji, w okresie przekwitania i t. d. może być również, jak to powszechnie wiadomo, przyczyną otyłości. Są to zresztą jedne z najstarszych spostrzeżeń w dziedzinie endokrynologji. Rozdział tłuszczu przy otyłości na podłożu niedomogi gruczołów płciowych jest podobny do typu otłuszczenia występującego w związku z zaburzeniami przysadki lub tarczycy.

Stosunki między szyszynką i tłuszczową przemianą materji nie są jeszcze tak dokładnie poznane jak przy wyżej wymienionych gruczołach wydzielania wewnętrznego. Schorzenia szyszynki mają jakoby również doprowadzać do otyłości. Otłuszczenie mają przytem wywoływać zarówno niedomoga szyszynki jak i jej guzy.

Również i guzy kory nadnerczy bywają przyczyną patologicznej otyłości. Podobnie jak przy otyłości szyszynkowej dochodzi przytem do niezwykle dużego wzrostu i do przedwczesnej dojrzałości płciowej.

Pod określeniem „otyłości konstytucjonalnej" rozumiemy nagromadzenie się tłuszczu zależne nie od czynników hormonalnych lecz od wegetatywno-nerwowego zaburzenia regulacji.

Wagotonicy z nadwrażliwością układu parasympatycznego okazują skłonność do odkładania w swym ustroju tłuszczu i do zatrzymywania soli i wody.

To czysto czynnościowe, ośrodkowo-wegetatywne zaburzenie stosunkowo najtrudniej reaguje na wszelkie nasze zabiegi lecznicze. Wyniki badań przemiany materji przemawiają za tem, że przy otyłości konstytucjonalnej mamy do czynienia z osłabieniem zdolności spalania węglowodanów, które ulegają natychmiast przemianie w tłuszcz i zostają jako taki magazynowane.

Z pośród rzadszych zaburzeń przemiany tłuszczowej wspomnimy tu jeszcze o tłuszczowej szyi *Madelunga* oraz o otłuszczeniu bolesnem (Adipositas dolorosa). Przy chorobie *Madelunga* tłuszcz odkłada się w nadmiernej ilości wokoło szyi, jakby w postaci grubego kołnierza tłuszczowego. Otłuszczenie bolesne zostało opisane poraz pierwszy przez *Dercuma*. Przy chorobie tej tłuszcz odkłada się na tułowiu, ramionach i udach, twarz zaś, ręce i stopy pozostają wolne. To odkładanie się tłuszczu przebiega ze znaczną bolesnością miejscową.

Pomimo tych różnorodnych przyczyn otyłości, poszczególne jej postacie i odmiany posiadają jednak również i szereg cech wspólnych. Wspominaliśmy już o zatrzymaniu wody i soli, które stwierdza się w mniejszym lub większym stopniu prawie we wszystkich przypadkach otyłości; skupienia tłuszczu zawierają nierzadko do 50% wody. Zawartość lipazy w tkance tłuszczowej ludzi otyłych jest w porównaniu ze zdrowymi znacznie zmniejszona. Ludzie otyli łatwo się męczą, są zwykle ociężali i unikają wszelkich niepotrzebnych ruchów. Poważniejsze trudności powstają, gdy oddychanie i krążenie zaczynają zawodzić; przy wchodzeniu na schody i po nieco dłuższem chodzeniu występuje duszność, bicie serca, a często i niemiarowość tętna. Zaburzenia te zależą częściowo od nadmiernego otłuszczenia ogólnego, a częściowo również i od miejscowego odkładania się tłuszczu w klatce piersiowej. Skupienia tłuszczu w otoczeniu serca nie mają takiego wpływu szkodliwego jak przerastanie tłuszczem mięśnia sercowego. Zwiększenie pracy serca prowadzi do jego rozszerzenia, do miażdżycy tętnic i zaburzeń nerkowych.

Zależnie od czasu wystąpienia otyłości odróżniamy postacie: dziecięcą i młodzieńczą oraz otyłość dorosłych. Otyłość dziecięca zależy przeważnie od czynnościowej niedomogi tarczycy i przebiega często z opóźnieniem ząbkowania, chodzenia i mówienia. Otyłość młodzieńcza jest zwykle pochodzenia przysadkowego. Otyłość dorosłych może powstawać na podłożu zaburzeń przysadki, tarczycy lub gruczołów płciowych albo zależy od połączenia tych wszystkich zaburzeń. Odnośnie do podziału tłuszczu autorzy podają następujące prawidła: Przy otyłości tarczycowej stwierdza się oprócz ogólnego otłuszczenia, skupienie tkanki tłuszczowej również na grzbiecie dłoni i w dołkach obojczykowych. Przy otyłości przysadkowej tłuszcz nagromadza się przeważnie w okolicy miednicy.

Przy każdej kuracji odtłuszczającej należy przestrzegać zasadniczego prawidła, aby usuwać jedynie nadmiar tłuszczu i wody, lecz zachować bez zmiany składniki białkowe ustroju. Za punkt wyjścia przy ustalaniu diety odtłuszczającej należy wziąć wagę prawidłową. Według *Broca* waga prawidłowa wynosi tyle kg, ile wysokość wzrostu w cm przekracza 100. Waga więc człowieka

wzrostu 160 cm powinna wynosić w warunkach pawidłowych 60 kg. Wobec tego, że na 1 kg wagi prawidłowej liczymy około 40 kaloryj, człowiek wagi 60 kg potrzebuje przeciętnie dla pozostania w równowadze 2400 kaloryj na dobę. Przy wadze nadmiernej, w związku z otłuszczeniem, należy przy obliczaniu kaloryj przedewszystkiem uwzględniać redukcję wagi i opierać się nie na wadze rzeczywistej, a na wadze, którą dany pacjent powinien mieć odpowiednio do swego wzrostu. Według *Noordena* przy kuracji odtłuszczającej pierwszego stopnia zmniejszamy ilość kaloryj do 2000, przy drugim stopniu do 1500 i przy trzecim stopniu do 1000 kaloryj. Zapotrzebowanie białkowe należy przytem pokrywać całkowicie: 1,5 g białka na 1 kg, czyli 90 g. Pośród kaloryj niebiałkowych powinny przeważać węglowodany. Kuracja odtłuszczająca trzeciego stopnia (1000 kaloryj) u człowieka otyłego, który w istocie powinien ważyć około 60 kg, mogłaby przebiegać w sposób następujący:

360 kaloryj białkowych (90 × 4) następnie 400 kaloryj węglowodanowych (100 g kartofli = około 100 kal., 60 g chleba razowego = 100 kal., 500 g owoców = 200 kal.) i 200 kaloryj tłuszczowych (= około 25 g masła) 90 g białka jest zawartych w 200 g chudego mięsa, w 800 g zielonych jarzyn i w pokarmach wyżej wymienionych, obfitujących w węglowodany.

Przy kuracjach odtłuszczających drugiego i pierwszego stopnia należy zawartość białka powyższej diety zachować bez zmiany, lecz odpowiednio zwiększyć ilość węglowodanów i tłuszczu. Przy kuracji odtłuszczającej drugiego stopnia należy dodać jeszcze 500 kaloryj, a przy kuracji pierwszego stopnia należy dodać jeszcze 1000 kaloryj (węglowodanów i tłuszczu w przybliżonym stosunku 2 : 1). Przeprowadzenie kuracji natrafia często na trudność, polegającą na tem, że pacjenci z powodu niewielkiej ilości spożywanych pokarmów skarżą się na dotkliwe uczucie głodu i nie zgadzają się na dalsze ścisłe przestrzeganie diety. Podajemy wówczas pacjentom znaczne ilości jarzyn, przygotowanych bez tłuszczu, oczywiście, o ile stan przewodu pokarmowego pozwala na spożywanie takiego małowartościowego lecz objętościowego pożywienia, które czasami może nawet wywołać podrażnienie kiszek grubych. Przy każdej diecie odtłuszczającej wskazane jest zarządzanie co pewien czas dni owocowych i mlecznych. Ogólna wartość odżywcza pożywienia nie powinna przekraczać w takim dniu 1200—1300 kaloryj. Każdy dzień mleczno-owocowy jest bardzo męczący i dlatego wolno go stosować tylko 2, a najwyżej 3 razy na tydzień. Spożywanie zup zawierających dodatki w postaci kasz, kluseczek, makaronu, ryżu i in. należy w znacznym stopniu ograniczyć, gdyż wartość kaloryczna tych zup jest często trudna do obliczenia, a ponadto zawierają one zawsze stosunkowo dużo soli. Z tego względu należy ograniczyć również i spożywanie pożywniejszych buljonów. Wody mineralne (solne środki czyszczące) nie wywierają bezpośrednio żadnego wpływu na przemianę materji. Mimo to pośrednio, przez swój wpływ na perystaltykę kiszek, mają one czasami wyraźny wpływ odchudzający. Bardzo duże znaczenie ma również praca mięśniowa. Pokonywanie jednak przez otyłego pacjenta większych wysiłków fizycznych jest zadaniem trudnem do przeprowadzenia, gdyż, jak wiadomo,

otyłość zależy przeważnie od jednoczesnego współdziałania zwiększonej chęci jedzenia i zmniejszenia skłonności do pracy fizycznej i wogóle do ruchów.

Oprócz przestrzegania diety o ogólnie zmniejszonej wartości odżywczej należy pamiętać również o konieczności ograniczenia dowozu soli kuchennej, gdyż zatrzymanie soli przy otłuszczeniu zawsze prowadzi również do zatrzymania wody. Dietę małosolną można przestrzegać stosunkowo łatwo, korzystając dla solenia potraw z odpowiednich preparatów zastępczych, niezawierających NaCl, jak np. Curtosal. Jest to środek o smaku podobnym do soli, lecz niezawierający wcale chloru i zaledwie bardzo mało sodu. Można go dodawać do potraw podobnie jak sól kuchenną. Dla usunięcia zatrzymanej wody można na początku kuracji odtłuszczającej zastrzyknąć moczopędne środki tkankowe Salyrgan lub Novasurol. Rozumie się samo przez się, że leki te nie wykazują żadnego wpływu na zasadniczą przyczynę otyłości i jeżeli po kuracji salyrganowej nie przestrzegać dalszych potrzebnych przepisów, zwłaszcza dietetycznych, to waga pacjenta bardzo szybko znowu się zwiększy i powróci do dawnej wysokości. Kto obawia się stosowania wstrzykiwań rtęciowych środków moczopędnych, może próbować odwodnić pacjenta również zapomocą solnych środków czyszczących. Brzmi to może paradoksalnie, jeżeli powiemy, że zatrzymanie wody można zwalczać piciem znacznej ilości wody, czyli t. zw. „uderzeniem wodnem *Volharda*". Ludzie otyli, z zatrzymaniem soli i wody, reagują na nagłe dostarczenie im znaczniejszej ilości wody bez dodatku soli nadmiernem wydzielaniem wody, tak że w wyniku ostatecznym po 24 godzinach stwierdza się nierzadko dość znaczne zmniejszenie wagi ciała.

Rozumie się samo przez się, że podczas leczenia odtłuszczającego należy unikać wszelkich środków leczniczych, powodujących zatrzymanie wody, jak Pyramidonu, chininy i innych (*Lapp*). Pomimo ścisłego przestrzegania ustalonej diety, pomimo zwiększenia pracy mięśniowej i pomimo zastosowania wszystkich wymienionych zabiegów pomocniczych, zdarza się jednak często, że nie jesteśmy w stanie osiągnąć żadnego obniżenia wagi albo że spadek ten okazuje się bardzo niewielki. Ma to miejsce zwłaszcza w tych przypadkach, w których w powstaniu otyłości przyjmują większy udział zaburzenia wydzielania wewnętrznego. Wobec tego, że otyłość wewnątrzpochodna zależy przeważnie od niedomogi tarczycy, a również i przy innych postaciach otyłości przewaga czynnika tarczycowego nie ulega żadnej wątpliwości, leczenie otyłości preparatami gruczołu tarczowego wysuwa się na plan pierwszy. Oczywiście nie jest przytem obojętne, jaki preparat tarczycy zastosujemy. Gdy przed kilku laty otrzymano chemicznie czystą tyroksynę, przypuszczano początkowo, że będzie można się wyrzec stosowania wyciągów z samego gruczołu. Okazało się jednak następnie, że działanie terapeutyczne syntetycznej tyroksyny nie dorównywa działaniu całego gruczołu. Tyroksyna wywoływała niepożądane objawy uboczne, nadwrażliwość nerwową i zaburzenia sercowe. Należało przeto nadal dążyć do otrzymania pełnowartościowego preparatu, któryby posiadał wszystkie

cenne własności normalnego gruczołu i wyróżniał się jednocześnie czystością, dokładnością dawkowania i dobrą tolerancją. Taki szczególnie wysokowartościowy standaryzowany preparat tarczycy udało się otrzymać zapomocą daleko posuniętej metody frakcjonowania. Preparat ten nazwano Elityranem. Elityran zawiera 0,4—0,6% jodu. Hormon zawarty w gruczole tarczowym pobudza przemianę materji i przyspiesza spalanie. Podawanie nawet 8 tabletek Elityranu dziennie nie wywołuje żadnych objawów ubocznych. W przypadkach znacznej otyłości Elityran wywoływał niezwykle duży spadek wagi (w ciągu 14 dni zmniejszenie wagi o 7,5 kg, w 28 dni — 13,5 kg, w 21 dni — 17 kg). Zwiększenie się podstawowej przemiany materji pod wpływem Elityranu dochodziło do 55%. Również i diureza oraz wydalanie soli w moczu zwiększały się znacznie i to nawet w tych przypadkach, w których wszelkie inne poprzednio stosowane preparaty zawodziły zupełnie.

Przeciętnie stosuje się przy otyłości następujące dawkowanie; przy otyłości średniego stopnia: 1 do 2 tabletek Elityranu dziennie, następnie zwiększa się powoli dawkę do 3 razy dziennie po 1 — 2 tabl. à 25 mg (= 10 jednostek mianowanych metodą świnki morskiej). Dzieciom podaje się odpowiednio mniej. Przy cięższych postaciach otyłości podaje się dla szybszego spalania nadmiaru tłuszczu i dla odwodnienia ustroju pod kontrolą lekarską do 3 razy dziennie po 2 — 3 tabletki. Dla leczenia wstrzykiwaniami stosuje się Elityran w roztworze, zawierającym w 1 cm^3 0,01 g, co odpowiada 4 jednostkom świnki morskiej.

Wielu lekarzy zajmuje stanowisko, że preparaty tarczycowe wolno stosować jedynie wtedy, gdy stwierdza się obecność niewątpliwych niedomogowych zaburzeń tarczycowych. Jeżeli weźmiemy pod uwagę toksyczność dawniejszych preparatów, to stanowisko to należy bezwarunkowo uznać za słuszne.

Lekarze, którzy stosowali czynne i dobre preparaty, niewywołujące żadnych objawów ubocznych, nie podzielają już w zupełności tego poglądu i uważają, że również i przy otyłości nie wyłącznie tarczycowopochodnej wolno przeprowadzać kurację hormonem tarczycowym (*Bauer*, *Knipping*). Należy przytem, oczywiście, zwracać baczną uwagę, aby dawka nie była nadmiernie duża i nie doprowadziła do stanu nadczynności tarczycy.

Wobec tego, że otyłość, jak już wspominaliśmy, jest często pochodzenia wielohormonalnego i że zdarza się dość często, że również i zaburzenia innych gruczołów wewnętrznego wydzielania opanowują obraz chorobowy, można wzmocnić działanie Elityranu przez dodanie jeszcze innych hormonów. Dotyczy to zwłaszcza tych pacjentów, u których stwierdza się objawy lżejszej lub cięższej niedomogi gruczołów płciowych. W przypadkach takich połączenie hormonu tarczycowego z nadrzędnym nieswoistym hormonem płciowym Prolanem może doprowadzić do szybkiego i znacznego zmniejszenia wagi ciała. W niektórych przypadkach udaje się po usunięciu zaburzeń płciowych osiągnąć nawet zupełne wyleczenie, jak np. przy otyłości kobiet, które przedwcześnie utraciły perjody (*Schittenhelm* i *Eisler*). Daje się w takich przypadkach

w ciągu 3 — 4 dni hormon tarczycowy, a następnie przez 3 dni po 80 — 300 jednostek mysich Prolanu. W pewnym przypadku niezwykłej otyłości (180 kg) kuracja ta doprowadziła do zmniejszenia wagi o 40 kg. Zamiast nadrzędnego hormonu płciowego można łączyć z Elityranem również i odpowiednie swoiste hormony płciowe (Unden, Erugon). Zamiast gonadotropowego hormonu przedniego płata przysadki stosowano z powodzeniem również całkowite wyciągi płata przedniego (Preloban). Dotychczas mamy jednak jeszcze mało opublikowanych doniesień o praktycznych wynikach leczenia otyłości zapomocą preparatów przedniego płata przysadki w połączeniu z Elityranem (*Henius*). Niektóre krótkie ogłoszone spostrzeżenia wykazują jednak, że połączenie Prelobanu z Elityranem (po 3—4 tabletki każdego preparatu dziennie) umożliwia bardzo skuteczne leczenie otyłości. Od hormonu tyreotropowego, rządzącego czynnością tarczycy, narazie nie możemy się jeszcze spodziewać większych wyników, pomimo że teoretycznie działanie jego powinno się okazać bardzo skuteczne. O hormonie przedniego płata przysadki, rządzącym tłuszczową przemianą materji, wiemy narazie jeszcze bardzo mało. Nowoczesne środki odtłuszczające, jak dinitrophenol i dinitrokrezol, które również przyspieszają spalanie tłuszczów, wykazują, jak wiadomo, tak poważne objawy działania ubocznego, że stosowanie ich nie jest polecenia godnem.

Należy tu jeszcze zaznaczyć, że przy rzadkiej postaci Adipositas dolorosa wstrzykiwania Novocainy uśmierzają bóle, przyczyniają się do cofania się skupień tłuszczowych i wreszcie mogą nawet doprowadzić do zupełnego wyleczenia. Wstrzykuje się od 10 do 60 cm^3 2 — $4^0/_{00}$-owego roztworu Novocainy bezpośrednio do skupień tłuszczowych.

Z powyższego krótkiego zestawienia wynika, że dla leczenia otyłości posiadamy szereg skutecznych środków, które należy jednak stosować nie schematycznie lecz z dokładnem uwzględnieniem szczególnych warunków każdego przypadku. Pomimo wszelkich zalet leczenia farmakologicznego przepisy dietetyczne oraz ograniczenia przemiany wodnej i solnej zawsze zachowają swą moc obowiązującą. W znacznej większości przypadków otyłości leczenie będzie mogło się ograniczyć do podawania Elityranu. W przypadkach cięższych dokładne zbadanie kliniczne da nam wskazówki, czy nie należy ewentualnie podawać jeszcze inne hormony. Im lepiej nauczymy się oceniać stan równowagi hormonalnej ustroju, tem ściślejsze, pewniejsze i bardziej świadome będą nasze zabiegi lecznicze.

Dr. Werner Nissel, Szpital dla dzieci im. ces. Fryderyka w Berlinie.

PODSKÓRNA PYELOGRAFJA WYDZIELNICZA.

(Referat według D. m. W. 1932, Nr. 38).

Przy rozpoznawaniu schorzeń urologicznych u dzieci i niemowląt zabiegi instrumentalne są albo zupełnie niemożliwe do wykonania albo bardzo trudne. Zarówno ze względów technicznych jak i psychologicznych wskazanem jest, aby w praktyce pedjatrycznej unikać tych zabiegów w stopniu jeszcze większym niż u dorosłych. W tych warunkach pyelografja wydzielnicza przedstawia u dzieci nadzwyczaj ważny pomocniczy środek rozpoznawczy. Dożylne stosowanie środka kontrastowego natrafia u dzieci na przeszkodę w postaci wąskich lub trudnych do znalezienia żył. Wstrzykiwania do zatok są według autora i innych klinicystów zabiegiem nieobojętnym, którego lepiej unikać. Dla ominięcia tej trudności *Köhler* poleca doodbytnicze stosowanie środka kontrastowego, jednakże wyniki tej metody okazały się u dzieci gorsze niż u dorosłych, co zależy prawdopodobnie częściowo od trudności technicznych, a częściowo od nieco innych warunków wchłaniania i wydzielania. Przy pyelografji doodbytniczej u dzieci widzimy o wiele częściej niż u dorosłych cień nerkowy pokryty przez kiszki. Droga doustna nie daje żadnych wyników z powodu niedostatecznego wchłaniania przez żołądek i jeszcze większego pokrycia obrazu dróg moczowych przez cienie przewodu pokarmowego.

Ze względu na trudności pyelografji dożylnej u dzieci autor dokonał prób stosowania preparatu kontrastowego drogą podskórną i wstrzykiwał w tym celu swym małym pacjentom Per - Abrodil, który daje dostateczne obrazy kontrastowe już w mniejszych stężeniach niż Abrodil. Pyelografję podskórną pierwszy zastosował (u dorosłych) *Butzengeiger* i otrzymywał wyniki bardzo pomyślne. Wobec tego, że większe stężenia Per - Abrodilu (30%) wywoływały przemijający obrzęk w miejscu nakłucia, autor wstrzykiwał izotoniczny 7,5%-owy roztwór Per - Abrodilu podskórnie w stronę wyprostną obu ud. W każde udo wstrzykiwano po 20 — 50 cm^3 zależnie od wieku dziecka. Pierwsze zdjęcie wykonywano po 30 minutach, drugie po 15 do 20 minutach, trzecie po upływie takiego samego czasu, zależnie od tego, czy potrzeba było zastosować ucisk czy nie. Postawienie rozpoznania było niemożliwe zaledwie w jednym przypadku z powodu zbyt szybkiego wydalania. Wyrazistość obrazu kontrastowego przy pyelografji podskórnej jest gorszą niż przy pyelografji dożylnej, wobec czego metoda podskórna jest wskazana tylko w tych przypadkach, w których pyelografji dożylnej wykonać nie możemy lub nie chcemy.

W SPRAWIE LECZENIA NIEŻYTU OSKRZELI I ASTMY OSKRZELOWEJ.

Strümpell - Seyfarth (Podręcznik Chorób Wewnętrznych), *Cornado* (Presse med. 1935. Nr. 50)

Ostry nieżyt oskrzeli powstaje zwykle w związku z zaziębieniem, czyli z zaburzeniami wywołanemi wdychaniem zimnego, wilgotnego powietrza. Silniejsze stany zapalne błony śluzowej oskrzeli zależą najczęściej od mocniejszego podrażnienia mechanicznego lub chemicznego, jak np. od wdychania szkodliwych gazów (zwłaszcza pary kwasu azotowego, siarczanego, chloru, bromu i t. p.). Bardzo szkodliwem jest również wdychanie dymu i kurzu. Nieżyt oskrzeli występuje nierzadko również w okresie początkowym ostrych chorób zakaźnych. Bóle w klatce piersiowej, występujące przy kaszlu oskrzelowym, są prawdopodobnie bólami mięśniowemi.

Leczenie nieżytu oskrzeli wymaga, aby chorzy ubierali się ciepło i najlepiej nie opuszczali mieszkania. W razie gorączki konieczne jest pozostawanie w łóżku. Dzieci, chore na nieżyt oskrzeli, powinny zawsze bezwarunkowo leżeć w łóżku. Chorym zaleca się picie gorącej herbaty (ziółek piersiowych, kwiatu bzowego i t. p.) lub gorącego mleka zmieszanego z wodą selterską, a następnie zawija się ich w ciepłe koce. Po takim zabiegu chorzy zwykle pocą się obficie i doznają wyraźnej ulgi. Im plwocina jest bardziej gęsta i lepka, a wykrztuszanie trudniejsze, tem większą należy zwracać uwagę na obfity dowóz ciepłych napojów (woda emska, ziółka wykrztuśne i t. p.). Miejscowe leczenie śluzówki oskrzeli zapomocą inhalacji nie ma przeważnie żadnego wpływu na przebieg choroby, gdyż zaledwie minimalne ilości wziewanego płynu przenikają istotnie aż do oskrzeli. Jednakże w przypadkach suchego kaszlu i gęstej wydzieliny można spróbować stosowania inhalacji ciepłej pary wodnej 1 — 2%-owego roztworu soli kuchennej lub subtelnie rozpylonej wody emskiej. Pozatem należy postępować objawowo. Przy silniejszych dolegliwościach piersiowych (bóle, ucisk) dużą ulgę sprawiają owijania gorczyczne lub okład *Priessnitza* na klatkę piersiową. Kaszlu jako takiego nie należy zwalczać, gdyż sprzyja on wykrztuszaniu wydzieliny. Jedynie w przypadkach, gdy podrażnienie kaszlowe jest bardzo dokuczliwe i nie pozwala choremu odpocząć ani zasnąć, zapisujemy nieco kodeiny. Rozumie się samo przez się, że nawet przy stosowaniu tak łagodnego narkotyku jak kodeina, należy podawać dawki umiarkowane, aby nie wywołać nałogu.

Przy utrudnionem wykrztuszaniu wchodzą w rachubę środki wykrztuśne (Ipecacuanha, Kresival, guajacoza, chlorek amonu, apomorfina, senega i inne). Jeżeli przy przewlekłym nieżycie lepki śluz nie wydziela się dostatecznie łatwo, to zalecamy Kresival, a przedewszystkiem jod (Sajodina, Alival i inne); preparaty te rozrzedzają gęstą wydzielinę i umożliwiają dostateczne odpluwanie bez większego wysiłku. Jeżeli zaś wydzielina jest obfita i wodnista, to staramy się ograniczyć wydzielanie zapomocą wapnia (Selvoral i inne preparaty wapniowe). Jeżeli nieżytu nie udaje się w dostatecznie krótkim czasie uśmierzyć, to

pozostaje stan podrażnienia przewlekłego o którym myślano dawniej, że może stanowić wstęp do dychawicy oskrzelowej. Obecnie jednak większość autorów uznaje jedynie alergiczne podłoże astmy. Jednakże również i nieżytowy początek astmy nie przemawia przeciwko pochodzeniu alergicznemu, mogłoby bowiem chodzić o „alergję bakteryjną". Przyczyna duszności astmatycznej, związanej z uczuciem silnego ucisku w piersiach, polega niewątpliwie na nagłem zwężeniu się licznych drobnych i najmniejszych gałązek oskrzelowych wskutek gwałtownego skurczu mięśni oskrzelowych. Taka duszność astmatyczna występuje zasadniczo w postaci pojedyńczych napadów, szczególnie często w nocy. Przy odmianie czysto nerwowej zwykle po napadzie wszystko szybko powraca do normy, nierzadko jednak pozostaje wtórny astmatyczny nieżyt oskrzeli. Czynniki wywołujące, prowadzące u osób odpowiednio usposobionych do napadów dychawicy oskrzelowej, bywają bardzo różnorodne: pobudzenie psychiczne, bodźce termiczne, chemiczne i mechaniczne. Istnieją np. astmatycy, którzy dostają swego napadu pod wpływem określonych zapachów (zapach koni, ipekakuanhy, fijołków, palonej kawy i inne). U innych znowu odgrywa niewątpliwą rolę wdychanie pewnego określonego kurzu (kurz wełny, kurz mączny i t. p.). Spostrzeżenia tego rodzaju przemawiają za swoistą nadwrażliwością astmatyków i są najważniejszym dowodem alergicznego pochodzenia dychawicy oskrzelowej. Nierzadko napady astmatyczne łączą się z przewlekłym zapalno-nieżytowym stanem drobnych oskrzelików. Czas trwania napadów astmatycznych bywa bardzo różny. Czasami napady trwają tylko kilka godzin, lecz zdarza się również, że napad trwa bezustannie przez kilka dni, a nawet tygodni. W przebiegu takiego uporczywego stanu astmatycznego stwierdza się przeważnie naprzemienne okresy wyraźnej poprawy to znów pogorszenia. Częstość napadów przy zwykłej dychawicy również bywa bardzo zmienna. Czasami napady występują prawie co noc, następnie przychodzą znowu długie miesiące i lata spokoju, tak że wogóle trudno podać ściślejsze dane o ogólnym przebiegu cierpienia. Wielu chorych stwierdza, że dostają napadów wyłącznie w pewnych określonych miejscach, podczas gdy w innych miejscach czują się zupełnie dobrze i nie doznają żadnych zaburzeń oddechowych; okoliczność ta zależy prawdopodobnie od obecności lub braku w danem miejscu czynnika wywołującego (alergeny klimatyczne).

Przy leczeniu astmy oskrzelowej należy uwzględniać 6 następujących możliwości: 1. Unikanie lub usunięcie swoistej przyczyny, 2. Usunięcie cierpień sprzyjających jak np. chorób nosa. 3. Odczulenie swoiste. 4. Nieswoiste leczenie bodźcowe lub białkowe. 5. Objawowe farmakologiczne leczenie napadu. 6. Farmakologiczne i fizyczne leczenie między napadami. *(Kämmerer*, Th. Ggwt. 1935, Nr. 7).

Dla unikania swoistego czynnika chorobotwórczego można ew. umieścić chorego w kamerze bezalergenowej. Najprostszem byłoby usunięcie przyczyny, gdyby udało się ją rozpoznać. Jeżeli zaś jest to z jakichkolwiek względów niemożliwe, to wówczas wchodzi w rachubę odczulenie swoiste. Uprzednio na-

leży, oczywiście, wykryć zapomocą prób skórnych czynnik lub czynniki wywołujące. Następnie przystępujemy do leczenia wyciągami jednowartościowemi lub mieszaninami wyciągów, jak np. Helisenem, wyciągami gorączki siennej i t. p. Przy alergji bakteryjnej stosuje się szczepionkę własną z drobnoustrojów wyhodowanych z plwociny. Jeżeli przyczyną astmy są określone pokarmy, to wskazanem jest dokonanie próby leczenia zapobiegawczego Propeptanem *Urbacha.* W wielu przypadkach, zwłaszcza gdy nie jesteśmy w stanie wykryć istotnej przyczyny napadów, zmuszeni jesteśmy ograniczyć się do leczenia nieswoistego.

Jako środki pomocnicze leczenia nieswoistego stosuje się: tuberkulinę (ew. w połączeniu z naświetleniami rentgenowskiemi), pepton, siarkę, mleko, dietę przeciwalergiczną według *Funcka,* dietę małosolną i obfitującą w wapń *(Kämmerer,* Allergische Diathese und allergische Krankheiten, Wiesbaden, 1934). Przy objawowem doraźnem leczeniu męczącej duszności podczas ciężkiego napadu astmatycznego jednym z najskuteczniejszych środków jest Suprarenina. Po wstrzyknięciu ½—1 cm^3 1‰-owego roztworu często następuje już po kilku minutach wyraźna poprawa stanu ogólnego. Działanie Suprareniny jednak szybko przemija; można je przedłużyć przez stosowanie Ephedriny lub Rephriny (połączenie Racedriny z Suprareniną). Często jednak już sama Racedrina uśmierza napad. Bardzo pomyślnie działa w niektórych przypadkach atropina. W papierosach dla astmatyków i analogicznych preparatach do wdychania, czynnikami działającemi są oprócz atropiny jeszcze hyoscyna i stramonium. Również i wstrzykiwania Hypophysiny, ew. w połączeniu z Suprareniną sprawiają chorym podczas napadu bardzo dużą ulgę i mogą nawet przerwać napad w sposób doraźny. Pomyślnie działają również i preparaty wapniowe (Selvoral i inne). Bardzo skutecznym środkiem jest w szczególnie ciężkich przypadkach morfina, którą można ew. łączyć z atropiną. Odnośnie jednak do stosowania morfiny wskazana jest jaknajwiększa ostrożność i rezerwa, gdyż chorzy, cierpiący na przewlekłą astmę, stają się nierzadko nałogowymi morfinistami. Wspomniana już powyżej Ephedrina (Racedrina) posiada tę wielką zaletę, że można ją stosować doustnie. Wszystkie wymienione powyżej środki mają na celu przezwyciężenie skurczu. Jeżeli oprócz skłonności do skurczów oskrzelowych stwierdza się również objawy nieżytowe, to wskazanem jest stosowanie tych samych leków, jakie się podaje przy zwykłym przewlekłym nieżycie, a więc przedewszystkiem jodu. W ostatnich czasach doszukiwano się związku między astmą i zaburzeniami hormonalnemi i na tej zasadzie próbowano leczyć astmę Prolanem, hormonem przedniego płata przysadki, follikuliną lub testikuliną *(Peterson,* Arch. f. Frauenkunde u. Konstit. 1932, tom 18). Niektórzy autorzy opisują pomyślny wpływ witamin A i D na przebieg dychawicy oskrzelowej. *Slanck* (Med. Welt 1932), następnie *Schmidt* (Med. Kl. 1933) i *Jona* (Th. Ber. 1934) próbowali leczyć astmę wstrzykiwaniami wyciągów wątrobowych (Campolonem) w połączeniu z podawaniem witaminy A; działanie tej metody leczenia ma polegać na wpływie przeciwalergicznym.

Prof. dr. M. GÄNSSLEN, Poliklinika chorób wewnętrznych Uniwersytetu w Tybindze.

LECZENIE NIEDOKRWISTOŚCI ZŁOŚLIWEJ.

(Referat według Therapie der Gegenwart 1934, Nr. 7).

Od czasu wprowadzenia leczenia wątrobowego niedokrwistość złośliwa przestała być chorobą śmiertelną. Początkowo mieliśmy do dyspozycji jedynie surową wątrobę, którą chorzy musieli spożywać codziennie w dawce 300 — 500 g. Pacjenci niezamożni jeszcze obecnie korzystają z działania leczniczego wielkich dawek wątroby, przyczem zaspakajają jednocześnie głód i zaoszczędzają sobie nabywania mięsa. Leczenie surową wątrobą ma jednak tę stronę ujemną, że większość chorych dostaje po pewnym czasie nieprzezwyciężonego wstrętu do spożywania nawet najstaranniej przyrządzonych potraw wątrobowych. Ta niemożność spożywania dużych dawek wątroby przez dłuższy czas, która utrudniała w znacznym stopniu leczenie i stawiała jego skuteczność pod znakiem zapytania, sprawiła, że zajęto się wytwarzaniem sproszkowanych preparatów wątroby albo wyciągów wątrobowych; szczególnie pomyślne działanie lecznicze przypisywano wodnemu sokowi wątroby, ew. w połączeniu z sokiem żołądkowym. Preparaty te posiadały jednak dwie ważne strony ujemne: bardzo przykry smak oraz osłabienie lub utratę działania leczniczego przy dłuższem przechowaniu. Rok 1929 sprowadził wielki postęp w technice terapji wątrobowej: udało się mianowicie otrzymać czynne preparaty wątrobowe, nadające się do wstrzykiwań. Preparaty te umożliwiły dostarczanie choremu ustrojowi w każdej chwili wielkich dawek czynnika przeciwanemicznego. W krótkim czasie we wszystkich krajach ukazały się liczne doniesienia naukowe o niezwykłej skuteczności leczenia niedokrwistości złośliwej zapomocą wstrzykiwań preparatów wątrobowych. W chwili obecnej ilość ogłoszonych przypadków niedokrwistości złośliwej, leczonych wstrzykiwaniami preparatów wątrobowych, znacznie przewyższa ilość spostrzeżeń dotyczących doustnego leczenia wątrobą. *Gänsslen* i *Norpoth* wprowadzili następnie dalsze uproszczenie postępowania leczniczego, ważne zarówno dla lekarza jak i dla chorego, a polegające na wytwarzaniu w ustroju zapasu czynnika przeciwanemicznego. *Gänsslen* wykazał również, że jego metoda pozwala na znaczne zmniejszenie całkowitej potrzebnej dawki; dla jednej kuracji wystarcza już kilka ampułek Campolonu. Chory powinien jednak stale znajdować się pod kontrolą lekarską i leczenie powinno zachowywać nieprzerwaną ciągłość. Dla leczenia świeżych przypadków autor podaje następujący schemat postępowania, który okazał się skuteczny nawet w najcięższych przypadkach:

Chory dotknięty niedokrwistością złośliwą otrzymuje codziennie 1—2 ampułki Campolonu domięśniowo; w przypadkach, w których wstrzykiwania domięśniowe wywoływałyby większe bóle można wstrzykiwać dożylnie, przyczem należy wstrzykiwać bardzo wolno i w leżącej pozycji. Po 5 — 8 dniach

występuje silny przełom retikulocytów. Od tej chwili dajemy Campolon już tylko 1 — 2 razy tygodniowo po 5 cm^3. Ten sposób leczenia czyni przetaczanie krwi nawet u ciężko chorych zupełnie zbytecznem. Leczenie zapomocą dostarczania ustrojowi większych zapasów środka leczniczego można również rozpocząć odrazu (za wyjątkiem przypadków bezpośrednio zagrażających życiu), przyczem wstrzykuje się 1 — 2 razy tygodniowo po 5 — 8 cm^3 Campolonu. Tolerancję większych dawek badamy zapomocą powolnego wstrzykiwania jednej, a następnie drugiej ampułki. Nadwrażliwość w stosunku do Campolonu należy jednak do wielkich rzadkości. Przypadki niedostatecznego reagowania na leczenie dużemi jednorazowemi dawkami Campolonu należą do wyjątków; również rzadko się zdarza, aby chorzy potrzebowali przejściowo większych dawek ogólnych. *Gänsslen* obserwował jednego chorego, którego krew pomimo domięśniowego leczenia Campolonem nie powracała całkowicie do normy, natomiast dożylne zastosowanie Campolonu zostało uwieńczone całkowitem powodzeniem. Zarówno *Gänsslen* jak i *Morawitz*, którzy posiadają wielkie doświadczenie w stosowaniu Campolonu, nie mieli ani razu przypadku, któryby się zachowywał zupełnie odpornie na działanie tego preparatu.

Po osiągnięciu prawidłowego stanu krwi przechodzimy do leczenia przewlekłego, które wymaga powtarzania wstrzykiwań Campolonu co 2 do 4 tygodni w dawkach po 5—8 cm^3. W ciągu roku więc należy dokonać zaledwie 10 — 20 wstrzykiwań. *Gänsslen* ma pod swą opieką chorych, którzy już od 5 lat są leczeni Campolonem i zawsze z jednakowo pomyślnym wynikiem; żaden z tych chorych nie zmarł z powodu niedokrwistości złośliwej. Są to przekonywujące dowody niezwykłej skuteczności leczenia wątrobowego. Po starannem przeprowadzeniu pierwszej kuracji skłonność do nawrotów jest w ciągu pierwszych dwóch lat bardzo mała; szereg regularnie kontrolowanych pacjentów można było na przeciąg ½ do 1 roku pozostawić bez leczenia. Takie dłuższe przerwy w leczeniu nie są jednak wskazane już choćby ze względu na grożące zaburzenia rdzeniowe.

Nierzadko się zdarza, że nawet już istniejące zaburzenia rdzeniowe (Myelosis funicularis) poprawiają się w ciągu 6 — 8 tygodni; mimo to nawet kilkoletnie staranne leczenie nie jest w stanie usunąć tych zaburzeń zupełnie. Jednakże również i w tych ciężkich powikłanych przypadkach niedokrwistości złośliwej obserwujemy wprawdzie powolną, lecz stale postępującą poprawę. Ważne jest nieprzerywane długotrwałe leczenie; stosowanie wielkich dawek nie pomaga nam bynajmniej do szybszego osiągnięcia celu. Najbliższem ważnem zadaniem udoskonalenia leczenia niedokrwistości złośliwej powinno być poszukiwanie sposobu, któryby mógł uchronić chorych przed wystąpieniem zaburzeń rdzeniowych.

Prof. dr. W. SCHMITT, Essen.

STOSOWANIE ORASTHINY W OKRESIE POPORODOWYM.

(Referat według Arch. f. Gynäkol. 1931, tom 144).

Orasthina jest to składnik hormonalny wyciągu tylnego płata przysadki mózgowej, działający wyłącznie na macicę. Stosowanie Orasthiny w okresie poporodowym umożliwia znacznie zmniejszenie utraty krwi. Wobec tego, że zapobiegawcze dożylne wstrzykiwania Orasthiny, stosowane początkowo tylko przy porodach przeprowadzanych w uśpieniu, dawały wyniki bardzo pomyślne, autor wstrzykuje obecnie przy każdem rozwiązaniu natychmiast po porodzie dziecka 1 cm^3 (= 3 jednostki Voegtlina) Orasthiny dożylnie. Wydalenie łożyska nastąpiło (materjał obserwacyjny — 140 kobiet):

po 1 minucie	u 10 kobiet	po 8 minutach	u 5 kobiet
„ 2 minutach	u 38 „	„ 9 „	u 1 kobiety
„ 3 „	u 45 „	„ 10 „	u 2 kobiet
„ 4 „	u 15 „	„ 14 „	u 1 kobiety
„ 5 „	u 13 „	„ 60 „	
„ 6 „	u 4 „	i po czasie jeszcze dłuższym u 2 kobiet	
„ 7 „	u 4 „		

W dwóch ostatnich przypadkach Orasthina zawiodła; raz należało dokonać ręcznego wydobycia łożyska, w drugim zaś przypadku, dotyczącym macicy łukowatej, dokonano zabiegu Crédé'go w uśpieniu. Krwawienia w okresie poporodowym były po dożylnem wstrzyknięciu Orasthiny niewielkie. Utrata krwi wynosiła (materjał obserwacyjny — 143 kobiety):

50—100 g u 17 kobiet	300—350 g u 13 kobiet	750 g u 1 kobiety
100—150 „ „ 24 „	350—400 „ „ 5 „	1500 „ „ 1 „
150—200 „ „ 31 „	400—450 „ „ 5 „	1650 „ „ 1 „
200—250 „ „ 22 „	450—500 „ „ 1 kobiety	1750 „ „ 1 „
250—300 „ „ 17 „	500—550 „ „ 3 kobiet	2000 „ „ 1 „

Spostrzeżenia porównawcze wykazały, że u 140 kobiet, którym wstrzyknięto Orasthinę, łożysko zostało wydalone przeciętnie po 4,7 minutach, podczas gdy u 140 kobiet, które Orasthiny nie otrzymały, przeciętny czas wydalania łożyska wynosił 28,4 minut. Przeciętna utrata krwi w okresie poporodowym wynosiła u 143 kobiet po zastosowaniu Orasthiny — 260 g, bez zastosowania Orasthiny — 484 g.

Orasthina działała bardzo pomyślnie również i przy porodach, przy których stosowano uśpienie w okresie przerzynania się. Czas wydalania łożyska przedstawia następująca tablica:

53 kobiety z Orasthiną			53 kobiety bez Orasthiny		
Minuty	Ilość kobiet	Ogółem minut	Minuty	Ilość kobiet	Ogółem minut
1	7	7	12	5	60
2	12	24	17	11	187
3	19	57	22	16	372
4	4	16	27	7	189
5	4	20	32	9	288
6	1	6	42	1	42
7	1	7	47	1	47
8	2	16	62	1	62
9	1	9	107	1	107
10	1	10	130	1	130
14	1	14			
		Razem 186			Razem 1484
		Przeciętnie 3,5			Przeciętnie 28

Z tablicy powyższej wynika, że okres łożyskowy z zastosowaniem Orasthiny trwał przeciętnie tylko 3,5 minuty, poród zaś łożyska bez Orasthiny następował przeciętnie dopiero po 28 minutach. Również i przeciętna utrata krwi była po zastosowaniu Orasthiny (przy porodach z uśpieniem w okresie przerzynania się) dwa razy mniejsza niż u kobiet, które Orasthiny nie otrzymały:

53 kobiety z Orasthiną			53 kobiety bez Orasthiny		
Ilość krwi	Ilość przyp.	Ogółem	Ilość krwi	Ilość przyp.	Ogółem
75 g	10	750 g	275 g	1	275 g
125 „	11	1375 „	325 „	11	3575 „
175 „	8	1400 „	375 „	7	2625 „
225 „	5	1125 „	425 „	13	5525 „
275 „	7	1925 „	475 „	7	3325 „
325 „	6	1950 „	525 „	1	525 „
375 „	2	750 „	575 „	3	1725 „
425 „	1	425 „	625 „	1	625 „
475 „	1	475 „	675 „	2	1350 „
525 „	1	525 „	725 „	1	725 „
2000 „	1	2000 „	875 „	1	875 „
			1025 „	1	1025 „
			1075 „	1	1075 „
			1175 „	1	1175 „
			1325 „	1	1325 „
			1425 „	1	1425 „
		Razem 12700 g			Razem 27175 g
		Przeciętnie 239,6 g			Przeciętnie 512,7 g

Orasthina ani razu nie wywołała nawet najmniejszych objawów szkodliwego działania ubocznego. Autor zaleca wobec tego zasadnicze zapobiegawcze dożylne wstrzykiwania 1 cm^3 Orasthiny w okresie poporodowym przy wszystkich rozwiązaniach prowadzonych przez lekarzy.

Prof. dr. W. NONNENBRUCH. II Klin. Wewn. Uniw. Niemieckiego w Pradze.

OBRZĘKI SERCOWO CHORYCH I ICH LECZENIE.

(Referat według Zschr. ärztl. Fortbild. 1935, nr. 7).

W przypadkach obrzęków u chorych z niedomogą krążenia należy dążyć przedewszystkiem do przywrócenia prawidłowego obiegu krwi, co samo przez się już często wystarcza do zwiększenia diurezy. Ponadto stosujemy w razie potrzeby jeszcze specjalne środki moczopędne. Środki te uruchamiają w tkankach sól kuchenną i porywają ze sobą wodę. *Curtis* wykazał, że wstrzyknięcie do jamy brzusznej doświadczalnego zwierzęcia roztworu bezsolnego glukozy hamuje diurezę salyrganową, gdyż zatrzymuje zmobilizowaną sól. Doświadczenia na preparatach sercowo-płucno-nerkowych wykazały jednak, że środki moczopędne mają punkt uchwytu również i w nerkach.

Chory z niedomogą krążenia i obrzękami otrzymuje po przybyciu na klinikę *Nonnenbrucha* na pierwszą noc zastrzyk z morfiny, a pozatem „głód i pragnienie", nieco pożywienia bez soli i niewielką ilość napoju. Bardzo dobre wyniki dawała u takich chorych t. zw. dieta 1000 gramowa, polegająca na tem, że wszystko co chory w ciągu 24 godzin spożył w postaci wody, owoców, bezsolnego pieczywa lub kleiku nie może ważyć więcej niż 1000 g. Co się tyczy morfiny i jej działania zatrzymującego wodę, to *Hopmann* podaje, że wstrzyknięcie morfiny chorym z niedomogą krążenia, znajdującym się w stanie pobudzenia, wyraźnie wzmaga diurezę. To zwiększenie diurezy *Hopmann* uzależnia od zamknięcia korowych dróg przewodnictwa hamujących diurezę. Pod wpływem takiego postępowania oszczędzającego następowała u wielu chorych szybka poprawa. Jeżeli zaś wyniki okazywały się niedostateczne, to wówczas wdrażano właściwe leczenie nasercowe, polegające na wstrzykiwaniu bardzo małych dawek strofantyny (0,15 — 0,3 mg) kilka razy dziennie. Specjalne środki moczopędne stosuje się dopiero później. Związki purynowe i środki moczopędne rtęciowe zwiększają wydalanie wody i soli przez swój wpływ zarówno na nerki jak i na tkanki. Kwaśna dieta i przesunięcie przemiany materji w kierunku kwaśnym zwiększają diurezę rtęciową. Z tego względu dla zwiększenia diurezy dajemy często już na 1 — 2 dni przed wstrzyknięciem i w dniu wstrzyknięcia po 8 g chlorku amonu. Jeżeli stosować rtęciowe środki moczopędne z dostateczną ostrożnością, to cięższych objawów zatrucia (Colitis, Sto-

matitis) możemy się prawie wcale nie obawiać. Ważna natomiast jest sprawa uszkodzenia nerek. Istniejące zapalenie kłębuszkowe (Glomerulonephritis) jest bardzo wrażliwe na rtęciowe środki moczopędne, podczas gdy schorzenia kanalikowe i sprawy miażdżycowe reagują bardzo pomyślnie i dają zwykle obfitą diurezę. Z badań *Claussena* na królikach wynika, że diureza rtęciowa zależy również od wątroby, gdyż w niej wytwarza się połączenie, które z żółcią przenika do kiszek i po wessaniu się do krwiobiegu działa moczopędnie. U człowieka jednak związku takiego dotychczas nie udało się jeszcze wykryć. Nie ulega przytem wątpliwości, że wątroba odgrywa w ogólnej gospodarce wodnej ważną rolę i że współdziała ona w dochodzeniu do skutku diurezy rtęciowej. Ma to miejsce nawet wtedy, gdy wątroba jest ciężko uszkodzona, jak tego dowodzi np. następujący przypadek:

S., lat 50, wiąd rdzenia. Po Neosalvarsanie silna żółtaczka, obrzęki, oligurja. Mocz: białko +, ilość dobowa około 850 cm^3, ciężar właściwy 1012! Krew: białko w surowicy 4,58%, azot resztkowy 0,109%, azot kwasów aminowych 22,6 mg%, NaCl w surowicy 0,403%. Po Salyrganie chory oddał w ciągu doby 3 litry moczu.

Również u sercowo chorych z wątrobą zastoinową i żółtaczką widzimy często bardzo znaczną diurezę po Salyrganie. Pewne spostrzeżenia przemawiają na korzyść poglądu, że przy takiem zajęciu wątroby bardzo pomyślnie działa połączenie z dezoksycholanem sodu. Stosujemy go wówczas dożylnie w jednej strzykawce z Salyrganem i cukrem gronowym.

Z pośród innych środków moczopędnych mają znaczenie również mocznik i sole potasowe, działające prawdopodobnie również za pośrednictwem wątroby. W przypadkach, w których wytwarzanie mocznika uległo zaburzeniom i poziom mocznika w surowicy krwi był niski, przy wysokiej zawartości ogólnej azotu resztkowego i przy złym stanie ogólnym, zastosowanie mocznika w dawce dobowej 20 g sprowadzało nierzadko szybką poprawę i przywrócenie chemicznej równowagi ilościowej związków azotowych we krwi do stanu prawidłowego. W związku z takiemi spostrzeżeniami wydaje się, że dla prawidłowego przebiegu rozkładu białka niezbędny jest normalny poziom mocznika w surowicy krwi. Również i wyciągi wątrobowe przywracały wyrównanie poziomu mocznika i obniżały nadmiar niemocznikowego azotu resztkowego. *Nonnenbruch* zaleca wobec tego, aby przy obrzękach zależnych do pewnego stopnia od współudziału wątroby stosować odpowiednio do wyników badania krwi mocznik lub preparaty wątrobowe, ew. w połączeniu z Salyrganem. Działanie w tych warunkach soli potasowych (np. dwufosforanu potasu) nie jest jeszcze wyjaśnione; odpowiednie badania są obecnie w toku.

W przypadkach nagromadzenia się w ustroju znacznych ilości wody i bardzo dużych obrzęków, ostrożność wymaga, aby nie odwadniać pacjenta zbyt gwałtownie. *Böger* i *Nothman* stwierdzali zwiększenie pobudliwości elektrycznej, która może czasami doprowadzić nawet do drgawek tężyczkowych. Leczenie zakwaszające chroni przed takiemi przykremi powikłaniami, które zależą od utraty soli podczas obfitej diurezy.

Nonnenbruch dąży zawsze do możliwie zupełnego odwodnienia sercowo chorych i do utrzymania następnie osiągniętej poprawy gospodarki wodnej. *Nonnenbruch* nie mógł potwierdzić spostrzeżenia *Kroetza*, że przy całkowitem odwodnieniu mogą występować dolegliwości anginoidalne, których można uniknąć przez świadome pozostawianie niewielkich obrzęków. *Nonnenbruch* obserwował wprawdzie, że podczas odwadniania chorzy skarżyli się na lekkie zaburzenia wieńcowe, zależne może od wielkiej diurezy, jednakże po ustąpieniu obrzęków dolegliwości te przeważnie znikały zupełnie. Przejściowe te bóle występowały wyłącznie u tych chorych, którzy już poprzednio cierpieli na objawy dławicowe.

Gdy Salyrgan już odwodnił chorego i nie obniża już więcej jego wagi, zadaniem dalszem terapji jest możliwie trwałe zachowanie uzyskanych pomyślnych wyników. Ważne jest przedewszystkiem częste kontrolowanie wagi, następnie sprawdzanie porannego tętna, które przy wszelkich niemiarowościach należy obliczać na sercu i na tętnicy promieniowej. Przy takiej starannej obserwacji chorego wnioskujemy odrazu, kiedy Salyrgan znów jest potrzebny, czy dawka naparstnicy jest dostateczna lub czy nawet należy ją zmniejszyć, czy dieta i tryb życia odpowiadają chwilowemu stanowi.

Salyrgan nie jest przeciwwskazany nawet przy hipostenurycznej miażdżycowej nerce marskiej. Tak np. pewien obrzęknięty chory z ciężką niedomogą serca i izostenurją oddał po wstrzyknięciu Salyrganu 8 litrów moczu, a waga jego obniżyła się z 88 do 81 kg.

W SPRAWIE NAZWY I POCHODZENIA SYFILISU.

Dr. E. Seckendorf (M. m. W. 1930, nr. 28), *dr. Stratman-Thomas*, New York (Californ. West. Med. 1930, tom 33), *dr. G. Vorberg*, (Med. Welt 1931, Nr. 25), *dr Holcomb*, Philadelphia (U. S. Naval Med. Bull. 1934, tom 32).

Gdy pod koniec XV wieku syfilis rozpowszechnił się w całej Europie i lekarze zaczęli go coraz dokładniej odróżniać od innych chorób, każde państwo uważało swego najbliższego sąsiada za główne źródło tej choroby i dawało temu wyraz w nazwie, którą nadawano kile. Syfilis otrzymał nie mniej niż 400 nazw, wśród których około 140 są związane z określeniem geograficznem jak np. Morbus gallicus, mal franzoso, French Pox, Morbus italicus, Mal de Naples. Był czas, że w Polsce nazywano kiłę chorobą niemiecką, a w Rosji chorobą polską. W Turcji, Persji i Indjach znajdujemy prawie stale w źródłosłowie kiły słowo „frank", co przemawia za europejskiem pochodzeniem syfilisu w tych krajach. W Japonji chorobę nazywano portugalską, a w Chinach wrzodem kantońskim, co miało prawdopodobnie oznaczać, że chorobę sprowadzili kupcy europejscy przybywający do Chin przez port handlowy w Kantonie. Na Tahiti mówi się o chorobie brytyjskiej.

Hieronymus Fracastorius (1483—1553), mianowany przez papieża Pawła III lekarzem Soboru Trydenckiego, był pierwszym, który wprowadził do powszechnego użytku słowo syfilis i ułatwił w ten sposób możność wzajemnego porozumiewania się. W dziele swem wydanem w r. 1546 w Wenecji „De contagione et contagiosis morbis“ *Fracastorius* pierwszy opracował naukowo zagadnienie zakaźności chorób. W pracy tej autor powołuje się na inne swe dzieło powstałe w r. 1521, lecz ogłoszone dopiero w 1530: „Syphilis sive morbus gallicus“. Był to napisany wierszem poemat dydaktyczny. Nazwa syfilis istnieje więc już przeszło 400 lat. Pochodzenie tego wyrazu tłumaczono różnorodnie, ma on jakoby pochodzić z języka greckiego (Sysphilos), na co trudno jednak znaleźć dowód przekonywujący.

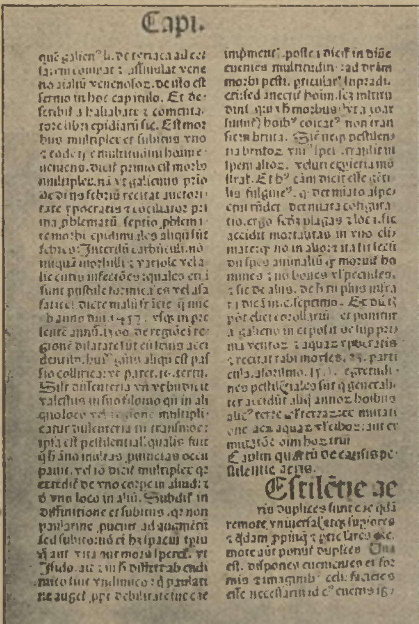


Ulryk von Hutten opisał 1519 działanie drzewa gwajakolowego na syfilis.



Modlący się syfilitycy według Traktatu z Grünpenck 1496.

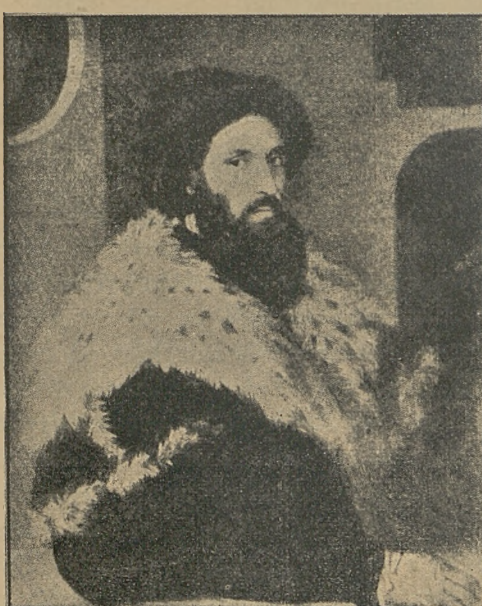
Spór o pochodzenie kiły nie został jeszcze ostatecznie rozstrzygnięty, chociaż historycy, którzy przeciwstawiali się poglądowi o amerykańskiem pochodzeniu kiły, znajdują coraz więcej dowodów na korzyść swych zapatrywań. *Sudhof* i inni historycy nie uznają antydatowania mandatu króla Maksymiljana o bluźniercach z dnia 1 lutego 1497 na dzień 7 sierpnia 1495. Ma to duże znaczenie historyczne, gdyż mandat ten zawiera już wzmiankę o kile, jako o nowej pladze boskiej. Jako dowód istnienia w Europie kiły już w r. 1463 przytaczają zwolennicy tego poglądu słynny protokół przesłuchania z Dijon (25 czerwca 1463) omawiający sprawę kobiety jakoby chorej na kiłę. *Vorberg* uważa, że nie posiadamy dostatecznych dowodów, iż określenie protokółu „gros mal“ oznaczało padaczkę, chociaż przyznać należy, iż nie mamy rów-



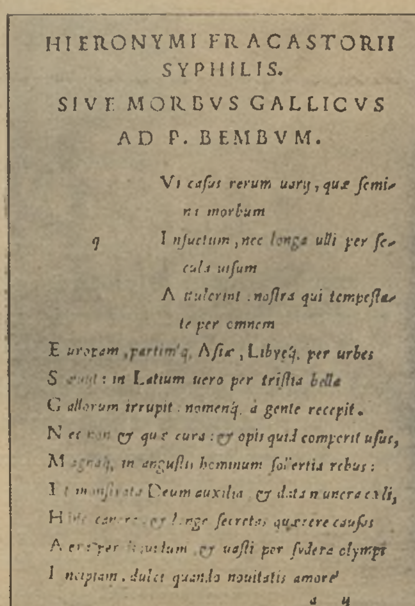
Capi.



Według Voberga: Pochodzenie syfilisu, Stuttgard 1924.



Fracastoro według Torbido (1486 — 1545)



HIERONYMI FRACASTORII
SYPHILIS.
SIVE MORBVS GALLICVS
AD P. BEMBVM.

Vi casus rerum uarij, quæ semina morbum
Insuetum, nec longa ulli per secula uisum
Attulerint: nostra qui tempestate per omnem
Europam, partimq́; Asiæ, Libyeq́; per urbes
Sæuijt: in Latium uero per tristia bella
Gallorum irrupit: nomenq́; à gente recepit.
Nec non & quæ cura: & opis quid comperit usus,
Magnaq́; in angustis hominum solertia rebus:
Et monstrata Deum auxilia, & data munera cæli,
Hinc canere, & longe secretas quærere causas
Aera per liquidum, & uasti per sydera olympi
Incipiam, dulci quando nouitatis amore

Pierwsza strona wiersza o syfilisie, wydanego w Weronie około 1530.

nież pewności, że pod nazwą „gros mal“ należy rozumieć syfilis. Poglądowi, że zarazę sprowadził do Europy Krysztof Kolumb i jego towarzysze podróży przeciwstawia się w sposób szczególnie energiczny historyk amerykański *Holcomb*. Również i *Vorberg* uważa to oskarżenie wyłącznie za oszczerstwo przeciwko znienawidzonemu cudzoziemcowi. „Niedokładność szczegółów, zawiłość, pomieszanie dat, nazw, miejscowości, zdarzeń, okoliczności i osób każą wątpić w bajkę, jakoby to Kolumb i jego towarzysze rozpowszechnili syfilis po pierwszej podróży. Pomimo oskarżeń *Oviedo'a* nie ulega żadnej wątpliwości, że również w związku z drugą podróżą należy Kolumba uwolnić od wszelkiej winy w tej sprawie“.

Jeżeli w ten sposób odrzucimy pogląd o amerykańskiem pochodzeniu kiły, to znowu odzyskują znaczenie różne starsze doniesienia o występowaniu kiły w dawnych czasach. W każdym razie *Haeser* i inni historycy medycyny są zdania, że choroba występowała prawdopodobnie o wiele rzadziej i miała mniej objawów. Dopiero pod koniec XV wieku obraz kliniczny syfilisu uległ zasadniczej zmianie. Szczegółowe dociekania wykazują, że już dawno przed odkryciem Ameryki występowała w krajach romańskich choroba, którą można uwa-



Wezwanie o ochronę przed syfilisem
Konrada Reittera 1508.

żać za syfilis. Z biegiem czasu liczne pochody wojenne rozszerzyły tę chorobę po całej Europie. Niektóre doniesienia starożytnych lekarzy i niektóre rzeźby nasuwają nawet przypuszczenie, że kiła zdarzała się już w czasach przed Chrystusem. Prawdopodobnie nie odróżniano wówczas kiły od całego szeregu cierpień skórnych. Wyodrębnienie kiły z pośród różnych dermatoz i opisanie jej jako cierpienia samoistnego jest według *Sudhoffa* zasługą scholastyki już we wczesnem średniowieczu. Poznanie wrażliwości tej choroby na działanie rtęci datuje się jakoby już od XIV wieku. Sama rtęć była już znana Arystotelesowi, wcierania zaś maści rtęciowej pochodzą z arabskiej szkoły lekarskiej. Kiłę zaliczano do cierpień, przy których zarządzano izolację chorego. Nieszczęśliwych pacjentów umieszczano przeważnie w domach dla chorych na ospę. Możliwość leczenia kiły przekształciła z biegiem czasu zakłady izolacyjne lub opiekuńcze w zakłady lecznicze.

Zamiast nalewki jodowej
dla naskórnego leczenia jodowego

JOTHION

bezbarwny i bezwonny preparat jodowy
zawierający 80% organicznie związanego jodu.



Jothion **wchłania się łatwo i całkowicie,** wykazuje silne działanie również na **warstwy głębokie,** wcale nie **drażni** skóry ani śluzówek i **nie zabarwia skóry.**

Jothion nie odszczepia jodu i nie uszkadza w związku z tem instrumentów.

SPOSÓB UŻYCIA:

10 — 25%-owe przetwory (w oliwie, roztworze glicerynowo - alkoholowym lub maści).

Uwaga: gotową do użytku maść Jothionową w oryginalnych tubkach wytwarza w Polsce na podstawie licencji firma „M O T O R".

OPAKOWANIA ORYGINALNE:

Jothion purum (100%) w flakonach po 10 i 25 g dla receptury.

BAYER

»Bayer«
LEVERKUSEN n/R.
Wyłączna Reprezentacja na Rzeczpospolitą Polską:
Dom Agenturowy „REMEDIA"
E. Fulde i S-ka
Warszawa, ul. Hipoteczna Nr. 5.



Przy stanach osłabienia i wyczerpania, zwłaszcza w zakresie czynności płciowych oraz przy neurastenji płciowej

Juvenin

(Połączenie metylarsinianu yochimbiny z metylarsinianem strychniny).

Środek pobudzający i tonizujący.

Szybkie zwiększenie poczucia siły i napięcia energji

OPAKOWANIA ORYGINALNE:

flakony po 50 drażetek zł. 8,50
pudełka po 10 ampułek à 1 cm^3 zł. 8,—

Warunkiem zasadniczym skuteczności środka przeciwrzeżączkowego jest brak działania drażniącego i silne działanie na warstwy głębokie.

ALBARGIN

niedrażniący preparat srebrowy o silnem działaniu leczniczem.

Albargina jest skuteczna już w niewielkich stężeniach i wyróżnia się znaczną zdolnością dyfuzji, która zapewnia przenikanie preparatu również i do warstw głębokich.

Albargina jest bardzo ekonomiczna w użyciu: do wstrzykiwań wystarczają roztwory 0,1—0,2%-owe, dla wkraplań zaś i dla celów zapobiegawczych — roztwory 3—5%-owe.

OPAKOWANIA ORYGINALNE:

20 tabletek à 0,2 g zł. 3,65
50 „ „ 0,2 „ „ 8,35
Albargin *w proszku dla receptury.*

»Bayer«
LEVERKUSEN n/R.
Wyłączna Reprezentacja na Rzeczpospolitą Polską:
Dom Agenturowy „REMEDIA"
E. Fulde i S-ka
Warszawa, ul. Hipoteczna Nr. 5.

NOTATKI TERAPEUTYCZNE

Nowa metoda leczenia otyłości dwunitro-o-krezolem.

Dwunitrokrezol jest tak samo toksyczny jak dwunitrofenol, jednak jego działanie odchudzające jest 5 razy silniejsze. We wszystkich 15 przypadkach otyłości leczonych dwunitrokrezolem spojówki zabarwiły się na kolor zielonkawo-żółtawy, jako oznaka rozpoczynającej się żółtaczki. Zabarwienie to występuje zależnie od dawkowania po 4—7 dniach; o 1 dzień później występuje takie same zabarwienie moczu. U wszystkich chorych stwierdzono jeszcze po dłuższym czasie nadmierne pocenie się, silne zmęczenie i wyczerpanie. W jednym przypadku po zażyciu ogółem 1.45 g w ciągu 17 dni nastąpiło zejście śmiertelne (pacjent ten cierpiał ponadto na przewlekłą czerwonkę i stare zaburzenia wątrobowe). Wobec tego, że wydalanie wody pod wpływem dwunitrofenolu zmniejszyło się z 79,4% do 53,7% (na korzyść pocenia się), stosowano również Salyrgan.

Dr. Ibrahim, dr. Ayad i dr. Mahdi.
(Journ. Egypt. Med. Assoc. 1934, tom 17).

Niebezpieczeństwa kuracyj obchudzających zapomocą związków dwunitrowych.

Dwunitrofenol i dwunitrokrezol są wprawdzie w stanie obniżyć szybko i wydatnie nadmierną wagę ciała przez silne pobudzenie procesów spalania na obwodzie; niedająca się jednak nigdy przewidzieć osobnicza wrażliwość na te preparaty stanowi bardzo poważne niebezpieczeństwo. Gruźlica, choroby wątroby i nerek, alkoholizm i przewlekły reumatyzm stanowią przeciwwskazania do stosowania związków dwunitrowych. Oprócz wątroby i nerek również serce ulega bardzo często uszkodzeniu. Jako skutek stosowania omawianych środków odtłuszczających występowały nierzadko gorączkowe schorzenia skórne i agranulocytoza. Wskazówki lekarzy, jakoby ograniczenia dietetyczne przy stosowaniu tych środków były zbyteczne, należy uważać za niesłuszne.

Prof. dr. Staub, Bazylea.
(Klin. Wo. 1935, nr. 6).

Stosowanie Hypophysiny per rectum przy porażeniu kiszek.

Autor omawia przypadek porażenia kiszek, które wystąpiło u pewnej 21-letniej kobiety. Wskazanem tu było podskórne zastosowanie Hypophysiny, chora jednak w żaden sposób nie chciała się zgodzić na zastrzyk. Z tego względu podano jej Hypophysinę w postaci czopka, w dawce po 3 jednostki Vögtlina w jednym czopku.

Rp. Hypophysini 1 cm^3 = 3 j. V.
Ol. Cacao qu. s. u. f. suppos.
D. tal dos. Nr. II.

Pierwszy czopek podano o godz. 3-ej po południu, drugi o 9-ej wieczór. W 24 godziny po pierwszym czopku nastąpiło obfite wypróżnienie, następnie tego samego dnia chora jeszcze pięciokrotnie oddała sformowany stolec, tak że wieczorem brzuch zrobił się zupełnie miękki. Jednocześnie odeszły wiatry. Wymioty ustały. W ciągu następnych dni wypróżnienia były zupełnie regularne bez jakichkolwiek środków. Przyjmowanie pożywienia odbywało się bez żadnych dolegliwości. Pomimo długotrwałego uporczywego zaparcia stolca zastosowanie Hypophysiny w czopkach przezwyciężyło w tym przypadku istniejące porażenie jelit szybko i nadzwyczaj pomyślnie.

Dr. Hubalek, Ernstbrunn.
(Ther. Ber. 1935, Nr. 9).

Orasthina.

Na podstawie moich spostrzeżeń uważam Orasthinę za niezawodny preparat przysadkowy, obdarzony wybiórczem działaniem na mięsień maciczny. Głównem wskazaniem do stosowania Orasthiny jest wstrzykiwanie jej w okresie poporodowym. W pewnym przypadku zatrzymania łożyska stwierdziłem, że zaraz po dożylnem wstrzyknięciu zaledwie $^1/_2$ ampułki Orasthiny macica skurczyła się silnie, stwardniała do tego stopnia, że przy wymacywaniu wyczuwało się opór jakby kości i łożysko wydzieliło się bez jakichkolwiek zabiegów ręcznych. W licznych przypadkach krwawień poporodowych Orasthina szybko tamowała krwawienie i przyczyniała się wydatnie do zmniejszenia utraty krwi.

Dr. Schedding. Ibbenbüren.
(Ther. Ber. 1932, nr. 4).

W sprawie leczenia lambliozy.

Lauda leczy lambliozę nie zapomocą dożylnych wstrzykiwań Salvarsanu, lecz zapomocą podawania go do dwunastnicy. Zakład chorób podzwrotnikowych w Hamburgu zbadał skuteczność tej metody i stwierdził, że działanie jej jest lepsze niż wstrzykiwań dożylnych. W zakładzie tym wykonywa się z początku przepłókanie dwunastnicy siarczanem magnezu, następnie pobudza się odpływ żółci z woreczka przez wstrzyknięcie Hypophysiny i wreszcie wlewa się przez zgłębnik dwunastnicowy za pierwszym razem 0,3 g, a za drugim razem 0,45 g Neosalvarsanu w 200 cm³ wody.

Dr. G. E. Sincke,
Zakł. Chorób Podzwrotnikowych
w Hamburgu.
(Klin. Wschr. 1935, Nr. 6).

Leczenie zapalenia pochwy i sromu.

Vulvovaginitis gonorrhoica przedstawia uporczywą sprawę chorobową. Najskuteczniejszym środkiem leczniczym był dotychczas roztwór Protargolu. Wobec tego, że oestryna działa na błonę śluzową pochwy myszy i szczurów w ten sposób, że pobudza epitalizację, autorzy postanowili wypróbować ten preparat również u ludzi i wstrzykiwali go dzieciom w wieku od 1 do 12 lat. Wstrzykiwania stosowano domięśniowo, codziennie, początkowo w dawkach po 100, 250, 500 i 750 jednostek mysich. Przy rzeżączkowem zapaleniu pochwy i sromu pomyślne wyniki lecznicze dawało jednak dopiero 6-tygodniowe leczenie po 1000 j. m. Na podstawie pomyślnych wyników osiągniętych u pierwszych 20 dziewczynek, autorzy uważają dawkę, wynoszącą przy wstrzykiwaniach domięśniowych 1000 — 2000 jednostek follikuliny dziennie, a przy podawaniu doustnem — 4000 jednostek za najlepszą. Główne zalety tej metody leczniczej polegają na tem, że kuracja nie trwa tak długo jak przy innych sposobach postępowania, jest łatwa w wykonaniu (per os) i szybko zmniejsza wyciek, dzięki czemu chora przestaje być źródłem ew. zakażenia. W ten sposób zmniejsza się jednocześnie w znacznym stopniu niebezpieczeństwo rozszerzenia się choroby w otoczeniu pacjentki.

Dr. D. Nabbarzo i dr. A. G. Signy,
Londyn.
(Lancet, 1935, Nr. 5820).

Schorzenia gruźlicze oka i ich znaczenie dla lekarza-praktyka.

Dla poprawienia stanu ogólnego przy gruźliczych cierpieniach oka stosuje się tran, sole wapniowe oraz naświetlania. Autor osiągnął pomyślne wyniki lecznicze zapomocą podawania Candioliny, soli wapniowej kwasu hexodwufosforowego, otrzymanego drogą biologiczną. Kurację tuberkulinową przeprowadza się jedynie w bardzo uporczywych przypadkach, odpornych na inne metody lecznicze.

Dr. Hoffmann,
Klinika Okulistyczna w Królewcu.
(Med. Kl. 1934, Nr. 31).

Drążący wrzód rogówki z ropniem w komórce przedniej.

Przy podejrzeniu na zakażenie rogówki w związku z przeniknięciem do oka ciała obcego przepłókujemy przed i po usunięciu tego ciała 1‰-owym roztworem Rivanolu. Dalsze leczenie polega na stosowaniu

1%-owej maści protargolowej. Dotkliwe bóle uśmierzamy zapomocą Aspiriny. Krople atropiny nie są potrzebne. Przy Ulcus corneae serpens z ropniem w komórce przedniej (Hypopyon) przedewszystkiem znieczulamy oko zapomocą kilku kropel 1%-owego roztworu Pantocainy i blokujemy jednocześnie splot rzęskowy przez pozagałkowe wstrzyknięcie Pantocainy (2‰). Następnie przepłókujemy worek spojówkowy roztworem Rivanolu 1 : 1000 i przyżegamy dokładnie owrzodzenie. Szczególny nacisk należy przytem położyć na staranną kauteryzację brzegów nacieczenia. Przy zapaleniu woreczka łzowego usuwamy go. Dla wzmocnienia odporności chorego wstrzykujemy mu domięśniowo 6 — 10 cm^3 mleka. W dniu wstrzyknięcia mleka nie wolno podawać Aspiriny, która pozatem oddaje dobre usługi przy uśmierzaniu bólów. Przepłókiwania Rivanolem stosuje się tak długo, dopóki trwa wyciek ze spojówki i dopóki owrzodzenie nie zagoi się zupełnie. Przeważnie jednak dokładne leczenie w ciągu pierwszych dni okazuje się zupełnie wystarczające.

Dr. D. Daniel, Tirupatur.
(Med. Pract. 1934, tom 6).

Yatren 105 i jego stosowanie.

Najpewniejszy sposób zapobiegawczy przeciwko zapaleniom skóry polega na stosowaniu Yatrenu 105; istniejące już ogniska zapalne szybko ustępują pod wpływem tego leczenia.

Zwykłe rany po oczyszczeniu otoczenia benzyną lub ksylolem i wygładzeniu brzegów rany posypujemy starannie pudrem yatrenowym, następnie pokrywamy gazą nasmarowaną 5%-ową maścią ichtyolową i wreszcie nakładamy odpowiedni przylepiec lub bandaż muślinowy. Jeżeli zachodzi potrzeba zaszycia rany, wówczas uprzednio wyjaławiamy cały materjał do nakładania szwu w 2%-owym wodnym roztworze Yatrenu 105. Po takiem wyjałowieniu kanały nakłucia nigdy nie ropieją. Jeżeli zaszycie rany jest niemożliwe, wówczas posypujemy ranę obficie Yatrenem, co tamuje jednocześnie krwawienie i pokrywamy gazą ichtyolową. Rozpoczynające się czyraki i inne zapalenia komórek tkankowych leczymy 2%-ową maścią yatrenową. Można zastosować również maść według następującego przepisu:

Rp.	Yatreni puri	0,2
	Ichtyoli	0,5

Unguent. leniens lub molle ad 10,0.

Przy stosowaniu tych maści sprawa zapalna nie przyjmuje nigdy większych rozmiarów i nie przekracza małego obszaru skóry. Jeżeli już doszło do zebrania się ropy, to dokonywa się małego nacięcia, nasypuje się jak zwykle do oczyszczonej rany dużo yatrenowego proszku dla leczenia ran i pokrywa gazą ichtyolową. Szczególnie pomyślne wyniki otrzymuje się przy leczeniu Yatrenem zapaleń łącznic; również i owrzodzenia rogówki szybko poddają się działaniu leczniczemu Yatrenu 105. Yatren nasypany do oka w postaci pudru wywołuje jedynie niewielkie, szybko przemijające palenie. Również i zapalenia błony bębenkowej i ucha środkowego reagują pomyślnie na działanie lecznicze Yatrenu 105, ew. w połączeniu z ichtyolem. Ważnem wskazaniem do stosowania Yatrenu 105 jest również codzienna higjena jamy ustnej. Wodę do płókania ust przygotowujemy, rozpuszczając niewielką dawkę Yatrenu 105 (na końcu noża) w dwóch łyżkach stołowych wody. Dostatecznie długie zatrzymywanie tego złocisto-żółtego roztworu w jamie ustnej chroni nietylko przed stanami zapalnemi

dziąseł, lecz zapobiega również próchnicy zębów. Ponadto możemy się w ten sposób z powodzeniem chronić również przed chorobami gardła. Przy już istniejącem zapaleniu migdałków podniebiennych wielokrotne nacieranie wszystkich dosięgalnych miejsc zapomocą tamponu z waty zanurzonego w yatrenowym proszku dla leczenia ran sprowadza szybkie wyleczenie. Takie same postępowanie wskazane jest również dla unieszkodliwiania nosicieli zarazków. Połknięcie Yatrenu 105 przy płókaniu ust jest zupełnie nieszkodliwe.

Dr. V. Moser, Weimar.
(Med. Welt 1934, Nr. 25).

Sposób działania i stosowanie kliniczne Padutiny.

Padutina posiada, jak wiadomo, zdolność rozszerzania naczyń krwionośnych. Również i badania histologiczne na grzebieniu koguta wykazały, że Padutina skutecznie przeciwdziała największym skurczom naczyniowym wywołanym przez ergotynę i prowadzącym zasadniczo do zgorzeli. Autor stosował Padutinę w 26 przypadkach nadciśnienia samoistnego. Preparat wykazywał pomyślny wpływ leczniczy na zawroty i bóle głowy oraz na wrażenie zmęczenia. Wzmożone ciśnienie krwi obniżało się i utrzymywało się na tym niższym poziomie również i po zakończeniu kuracji. Kuracja składała się z 15—25 wstrzykiwań. U 11 chorych z nadciśnieniem na podłożu choroby nerek poprawa nie była tak wybitna jak u chorych z nadciśnieniem samoistnem.

Dr. L. Strauss.
(Therapia 1934, Nr. 11)

Zaburzenia czynności wątroby przy chorobach skórnych.

Przy łuszczycy, wilku, twardzieli i opryszczkowem zapaleniu skóry dokładne badania czynności wątroby żadnych zaburzeń nie wykryły, natomiast przy innych cierpieniach skóry stwierdzono zaburzenia w 15% przypadków. We wszystkich bez wyjątku przypadkach salvarsanowego zapalenia skóry czynność wątroby wykazywała poważne odchylenia od normy. Autor leczył dotychczas salvarsanowe zapalenie skóry zapomocą codziennych wstrzykiwań Campolonu (po 2 cm^3 codziennie przez czas dłuższy). Obecnie autor przeszedł do leczenia dużemi dawkami Campolonu i wstrzykuje po 10 cm^3 co 10—14 dni. Campolon skraca czas trwania choroby do 4 tygodni. Wszyscy pacjenci wyzdrowieli. Przy badaniu kontrolnem po upływie pewnego czasu stwierdzono, że czynność wątroby powróciła całkowicie do normy. Przy Dermatitis exfoliativa, przy której czynność wątroby również jest zakłócona, leczenie wątrobowe pozostawało bez skutku.

Dr. Döllken,
Klinika Dermatologiczna w Królewcu.
(Arch. Derm. u Syph. 1934, tom 170).

Wpływ wysypki poluminalowej na przebieg krztuśca.

Obserwowano nierzadko, że w przypadkach pląsawicy wysypka po Luminalu była punktem zwrotnym w przebiegu cierpienia poczem choroba poczynała się poprawiać. Takie same zjawisko zachodzi, jak się wydaje, również przy krztuścu.

Pewnej 5-letniej dziewczynce podawano z powodu ciężkich napadów krztuśca i częstych wymiotów 4 — 5 Luminaletek dziennie. Początkowo jednak natężenie napadów wzmogło się jeszcze bardziej. Dopiero po wystąpieniu krótkotrwałej i łagodnej wysypki poluminalowej nastąpiła poprawa i szybkie wyleczenie.

H. Vollmer, Berlin-Helensee.
(Kinderärztl. Praxis 1934, nr. 10).

W sprawie leczenia zaburzeń naczynioruchowych preparatami przedniego płata przysadki z szczególnem uwzględnieniem wahań w ciśnieniu krwi przy zmianach pozycji.

U chorych, u których ciśnienie krwi w pozycji stojącej jest niższe niż w pozycji leżącej, mamy do czynienia z ciężkiemi zaburzeniami naczynioruchowemi na podłożu wydzielania wewnętrznego. Autor omawia historje chorób 5 pacjentek dotkniętych

objawami ciężkiej nerwicy naczynioruchowej, u których można było wykryć wyraźne oznaki zaburzeń wewnątrzwydzielniczych ze strony przedniego płata przysadki, jajników, tarczycy. Leczenie tych pacjentek preparatami przedniego płata przysadki dało bardzo szybki i pomyślny wynik leczniczy. Równocześnie i zachowanie się ciśnienia krwi wróciło do normy. Wydaje się prawdopodobnem, że te zaburzenia u obserwowanych 5 kobiet należało ujmować jako objawy początkowe charłactwa przysadkowego Simmondsa. *Reye* (Münch. med. Wschr. 1926, Nr. 42) twierdzi, że okresy początkowe charłactwa są cierpieniem odwracalnem i chorzy mogą dzięki odpowiedniemu leczeniu powrócić do zupełnego zdrowia.

Dr. K. Rudsit, Ryga.
(W. Kl. W. 1934, nr. 28).

Znieczulenie miejscowe jako pomocniczy środek rozpoznawczy przy złamaniach kości.

Badanie kliniczne i rentgenologiczne złamań kości jest przeważnie bardzo utrudnione przez napięcie mięśni wskutek dużego bólu. Wstrzyknięcie 10 — 15 cm³ 2%-owego roztworu Novocainy do krwiaka znieczula całkowicie miejsce złamania, zwalnia w związku z tem skurcz mięśniowy i umożliwia nietylko dokładne zbadanie, lecz również nastawienie odłamków i unieruchomienie uszkodzonej kończyny.

Dr. F. G. Schnek.
Szpital dla nieszczęśliwych wypadków w Wiedniu.
(Chirurg 1934, Nr. 5).

Leczenie anginy.

Dwie poniższe charakterystyczne historje choroby wykazują wyraźnie wielką wartość leczniczą Omnadiny:

1. Chory lat 20, robotnik fabryczny, ciężkie, częściowo zgorzelinowe naloty na obu migdałkach. Po stronie lewej zaczyna się wytwarzać ropień migdałkowy. Wysoka gorączka, szczękościsk. Chory już od kilku lat niepotrzebnie płókał gardło słoną wodą (jest to zwyczaj bardzo rozpowszechniony wśród tutejszej ludności) i wywołał sobie stan przewlekłego zapalenia z licznemi złogami. Prawdopodobnie codzienne stykanie się hipertonicznego roztworu NaCl z migdałkami, odciągało z nich wodę i działało na tkankę wysuszająco, stwarzając w ten sposób warunki szczególnie sprzyjające zakażeniu. Jedno wstrzyknięcie Omnadiny w połączeniu z miejscowem stosowaniem Rivanolu i wody utlenionej powstrzymało dalszy rozwój tworzącej się flegmony, usunęło naloty i doprowadziło do ustąpienia gorączki. Szybka poprawa i ostateczne wyleczenie.

2. Pielęgniarka, lat 32, stale cierpi na często powtarzające się anginy, kończące się zwykle wytwarzaniem się ropnia. Gorączka waha się obecnie od 39,5 do 39,8°. Oba migdałki bardzo obrzmiałe, bolesne, szczękościsk, od kilku dni połykanie zupełnie niemożliwe. Za lewym migdałkiem zaczyna się wytwarzać ropień pozagardzielowy, błona śluzowa nad ropniem ciemnoczerwona, uwypuklona, dojrzała do nacięcia. Po wstrzyknięciu Omnadiny i zastosowaniu leczenia miejscowego takiego samego jak w przypadku pierwszym (Rivanol, woda utleniona) nastąpiła doraźna poprawa; dokonanie nacięcia ropnia uważałem już za niepotrzebne, obrzęk całej okolicy migdałkowej ustąpił zupełnie w ciągu 24 godzin, spadek gorączki, wyleczenie.

Leczenie miejscowe polegało na codziennem mocnem nacieraniu (tamponem z waty) powierzchni zapalnie zmienionych migdałków mieszaniną proszku rivanolowego i rozcieńczonego roztworu wody utlenionej; pod wpływem tego zabiegu powierzchnia błony śluzowej pokrywała się obficie pianą. Metoda powyższa oddawała mi cenne usługi przy leczeniu wszystkich postaci zapaleń migdałków, tak że mogę ją gorąco polecić kolegom do sprawdzenia. Działają tu prawdopodobnie czynniki zarówno fizyczne jak i chemiczne. Od czasu, gdy stosuję na szeroką skalę tę bardzo prostą i łatwą w wykonaniu metodę leczenia miejscowego, udawało mi się zawsze skutecznie zapobiegać wytworzeniu się ropnia, w przypadkach zaś, w których byłem wezwany późno, gdy ropień już się utworzył, omawiane leczenie

przyczyniało się do szybkiego cofania się sprawy chorobowej. W przypadkach takich uważam miejscowe nacierania i wstrzykiwania Omnadiny za metodę wyboru.

Dr. Tissot, Oberdorf.
(Ther. Ber. 1935, Nr. 9).

Evipan-Natrium w chirurgji okulistycznej.

Spostrzeżenia autorów opierają się na materjale 200 okulistycznych zabiegów operacyjnych wykonanych w dożylnem uśpieniu evipanowem. Na zasadzie swego doświadczenia autorzy dochodzą do wniosku, że i dla operacyj okulistycznych Evipan-Natrium przedstawia idealny środek usypiający. W poszczególnych przypadkach bardzo cenne usługi oddawało wstępne zastosowanie pantoponu ze skopolaminą, które w znacznym stopniu zmniejszało dawkę potrzebnego Evipanu-Natrium i ograniczało ruchy odruchowe. Uśpienie evipanowe wystarczało całkowicie do dokonania operacji zaćmy. *Cashell of Reading* (Royal Berkshire Hospital) również doniósł o pomyślnem operowaniu zaćmy w uśpieniu dożylnem zapomocą Evipanu-Natrium. Główna zaleta uśpienia evipanowego polega na znacznem obniżaniu ciśnienia wśródocznego (czasem nawet do 40 mm w ciągu 2 minut); własność ta sprawia, że Evipan-Natrium nadaje się zwłaszcza dla operacji jaskry.

Dr. T. K. Lyle i dr. G. Fenton, Londyn.
(Brit. Ned. Journ. 1935, Nr. 3875).

Leczenie stwardnień mięśniowych u sportowców.

Autor leczy przewlekłe bóle mięśniowe z wytworzeniem się twardych nacieków u sportowców zapomocą wstrzykiwań Yatren-Caseiny. Kuracja polega na wstrzykiwaniach małych dawek (0,3 — 1,0 cm^3) Yatren-Caseiny słabej bezpośrednio do stwardnień mięśniowych. Po każdem wstrzyknięciu dawkę zwiększa się o 0,1 cm^3, aż do osiągnięcia pożądanego wyniku leczniczego, co następuje zwykle przy dawce 0,5 lub 0,6 cm^3.

Dr. F. Heiss,
Wyższa Szkoła Ćwiczeń Sportowych
w Berlinie.
(Dtsch. med. Wschr. 1935, Nr. 11).

Odczyn śródskórny przy rzeżączce i jego znaczenie rozpoznawcze.

Dla wykonywania odczynu śródskórnego przy rzeżączce nadaje się najlepiej gonargina jako preparat niezawierający żadnych dodatków chemicznych. U osób zdrowych, chorych kiłowych i skórnych odczyn stale wypadał ujemnie; przy ostrej, czynnej rzeżączce z obecnością gonokoków odczyn zawsze dawał wynik dodatni, przy rzeżączce przewlekłej odczyn był dodatni tylko podczas obostrzeń sprawy na błonie śluzowej i przy powikłaniach ogólnych (zapalenie stawów, posocznica i t. d.). Odczyn śródskórny zachowuje się zawsze odwrotnie do odczynu wiązania dopełniacza: przy słabem wytwarzaniu przeciwciał dodatni odczyn skórny i odwrotnie. Dla rozpoznania odczyn ten jest mniej odpowiedni, jednakże z szybkości wzgl. powolności, z którą znika przy cofaniu się objawów ostrych, można oceniać niebezpieczeństwo nawrotu.

Dr. H. Heidenreich,
Klinika Dermatologiczna w Hamburgu.
(Dermat. Wschr. 1934, Nr. 47).

W sprawie miejscowego leczenia rzeżączki.

Autor opisuje chorego ze świeżą rzeżączką części przedniej. Z początku leczenie polegało na stosowaniu Protargolu (1/2%). Po tygodniu autor zwrócił się do miejscowego stosowania Trypaflaviny. Wynik był wprost zdumiewający. Już po 3 dniach wyciek zmniejszył się znacznie, a po dalszych 7 dniach ustał zupełnie. Pierwsza porcja moczu była czysta, zawierała jedynie pojedyńcze nitki. Badanie mikroskopowe takiej nitki nie wykazało już wcale obecności gonokoków, nitka składała się głównie ze śluzu i nabłonków. Tolerancja stosowania Trypaflaviny była doskonała.

Dr. Otto Fuchs, Gastein.
(Ther. Ber. 1935, Nr. 11).

Pooperacyjny obrzęk mózgu.

W przypadkach guzów mózgowych, wykazujących wielką skłonność do obrzęku, naświetlania rentgenowskie są nietylko bez-

skuteczne lecz nawet wprost niebezpieczne, gdyż promienie Roentgena mogą pogarszać istniejący obrzęk albo nawet go wywoływać. Obrzęki nie występują jedynie przy blastomatach rdzenia. Opierając się na spostrzeżeniach *Eppingera* o działaniu Pyramidonu, zagęszczającem ściany naczyń krwionośnych, autor zaczął w przypadkach obrzęku mózgu (po naświetlaniach rentgenowskich lub po operacji) podawać chorym Pyramidon w dawkach po 3—5 g dziennie (doustnie lub w lewatywach). Wyniki były bardzo pomyślne. Również i przy krwotocznem zapaleniu pajęczynówki działanie lecznicze Pyramidonu okazało się bardzo skuteczne. Przy chorobie Heine - Medina i przy pozostałościach po przebytem dawniej nagminnem zapaleniu mózgu Pyramidon pozostawał bez wpływu na przebieg choroby.

Klinika Neurologiczna w Wiedniu.
Dr. H. Hoff i *dr. L. Schönbauer.*

Wstrzykiwania presakralne przy rwie kulszowej.

Kombinowane presakralne i paravertebralne wstrzykiwania Novocainy wykazują znakomity wpływ leczniczy na przebieg rwy kulszowej. Około 90% wszystkich przypadków rwy udaje się tą metodą wyleczyć w bardzo krótkim czasie. Mniej więcej w połowie przypadków wystarcza tylko jedno wstrzyknięcie, w innych przypadkach należy zabieg powtórzyć. Jednakże nawet w razie konieczności powtarzania wstrzykiwań, wyleczenie następuje znacznie prędzej i kosztuje chorego o wiele taniej niż przy stosowaniu innych metod leczniczych. Kilku lekarzy, którzy nauczyli się u autora techniki omawianych wstrzykiwań, donieśli mu następnie o bardzo pomyślnych wynikach stosowania tej metody. Bezpośrednio po wstrzyknięciu cierpiący wyraz twarzy zmęczonego bólami pacjenta zmienia się wyraźnie, jako skutek doraźnego uśmierzenia dolegliwości.

Dr. F. Pendl, Troppau.
(Med. Klin. 1935, Nr. 11).

Leczenie meningizmu.

Autor opisuje przypadek surowiczego zapalenia opon mózgowych (Meningitis serosa). Głównemi objawami choroby były bóle głowy, mdłości, wymioty, bezsenność, zwolnienie tętna, wyraźna sztywność karku, niewielka gorączka. Leczenie polegało na codziennych wstrzykiwaniach 1—2 cm^3 Novalginy w 15 cm^3 25%-owego roztworu cukru gronowego. Po 5 wstrzyknięciach wszystkie objawy chorobowe ustąpiły zupełnie.

Dr. W. Michel, Babenhausen — Hessja.
(Ther. Ber. 1935, Nr. 9).

W sprawie płókania gardła.

Przy wszelkich sprawach zapalnych w obrębie podniebienia i migdałków płókanie jest postępowaniem zupełnie błędnem, nieodpowiedniem i sprzecznem z podstawowemi zasadami leczniczemi, gdyż według prawideł chirurgicznych tkankom zapalnie zmienionym należy zapewnić możliwie jaknajwiększy spokój. Płókanie natomiast wprawia chore części miękkie w silny ruch i jednocześnie je masuje. Masaż taki nie może przynieść żadnej korzyści, a jedynie szkodę. Również i stosowany podczas płókania środek odkażający nie wywiera wogóle żadnego wpływu na sprawę gojenia się, nawet po otworzeniu ropnia migdałkowego. Ślina i śluz dostarczają ranie dostateczną ilość wilgoci. Płókanie jamy ropnia może mieć skutki jedynie ujemne.

Również i *Uffenorde* (M. M. W. 1934 Nr. 47) jest zdania, że przy ostrych zmianach zapalnych w gardle płókań stosować stanowczo nie należy, podobnie jak np. niewolno rozcierać czyraka. Postępowaniem właściwem jest nie ruch lecz spokój. Jednakże ostrzeżenie przed płókaniem dotyczy tylko spraw ostrych, przy zapaleniach przewlekłych płókania są dozwolone i pożyteczne. *Uffenorde* stosuje środki lecznicze tylko jako spray. Dla rozpuszczania śluzu zaleca pastylki do ssania.

Według *Haase'go* z Kliniki Chirurgicznej w Berlinie (Kli. Wo. 1935, Nr. 35) na zdjęciu rentgenowskiem, dokonanem podczas płókania (rzadką papką barową lub po założeniu na migdałki waty nasyconej jodyną) widzi się wyraźnie, że w warunkach normalnych płókanka przenika najwyżej do łuku podniebiennego i górnego bieguna migdałków, nie dosięga jednak do samych migdałków ani do tylnej ściany gardła. Płókanie głębiej przenikające obserwuje się jedynie w pojedyńczych przypadkach. Płókanie przy stanach zapalnych gardła jest jednak nie tylko bezcelowe, lecz wprost szkodliwe, gdyż przy wszelkich zapaleniach pierwszem prawidłem jest przestrzeganie jaknajwiększego spokoju.

Również i *Suchanek* (Wien. med. Woch. 1931, Nr. 50) wykazał rentgenologicznie, że podczas płókania płyn dochodzi tylko do przednich łuków podniebiennych.

Prof. dr. M. Kirscher, Heidelberg.
(Med. Klinik 1934, Nr. 38).

Leczenie migreny.

Autor podaje przy migrenie 2 — 3 razy dziennie następujące proszki: Luminali 0,02 + Coffeini natr. benz. 0,02 + Atropini sulf. 0,0002. Proszki te podaje się bez przerwy w ciągu 5 tygodni, następnie zarządza się 2—3 tygodniową przerwę, poczem znowu zażywa się przez 5 tygodni i zarządza się 4 — 6 tygodniową przerwę i t. d. Przerwy robi się coraz dłuższe, aż wreszcie po 2 latach zażywa się proszki już tylko na wiosnę i w jesieni po 5 tygodni. Jeżeli podczas zbyt długiej przerwy następuje pogorszenie, to przerw przez pewien czas już nie powiększamy. Spostrzeżenia autora opierają się na wynikach leczenia 300 chorych migrenowych, u których powyższy sposób doprowadził do znacznej poprawy a często i do zupełnego ustąpienia objawów.

Dr. Kahlmeter, Stockholm.
(Nord. Med. Tidsk. 1934, Nr. 51).

Działanie lecznicze dożylnych wstrzykiwań wyciągów wątrobowych przy azotemji hipochloremicznej.

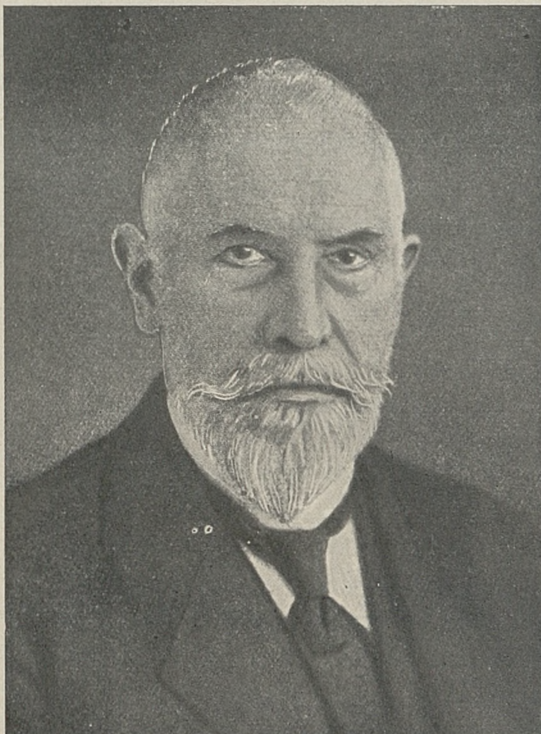
Azotemja hipochloremiczna, która występuje nierzadko u chorych na serce, wątrobę, nerki i cukrzycę pod wpływem wymiotów, biegunek, diety bezsolnej i po znacznej diurezie, poddaje się pomyślnemu działaniu leczniczemu Campolonu. Azotemja tego rodzaju występuje następnie również przy niepowściągliwych wymiotach ciężarnych, przy rzucawce porodowej, zwężeniach kiszek i t. d. Autor obserwował chorego z objawami pooperacyjnej hipochloremji (0,315%) i azotemji (69 mg%), u którego wstrzykiwania Campolonu sprowadziły poprawę i wyleczenie. Drugi pacjent, znajdujący się w stanie jeszcze cięższym, zawdzięcza swe uratowanie innemu preparatowi wątrobowemu.

Dr. R. Bauer, Wiedeń.
(Wien. Klin. Wschr. 1934, Nr. 51).

Redaktor
Mr. Tadeusz Haładewicz

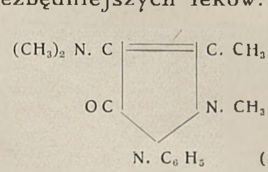
Wydawca:
Dom Agenturowy „REMEDIA" E. Fulde i S-ka

Warszawa, ul. Hipoteczna Nr. 5. Skrzynka pocztowa Nr. 748.
Cena prenumeraty rocznie zł. 6, półrocznie zł. 3.
Odbito w drukarni „Wzorowej", Warszawa, ul. Długa 20.

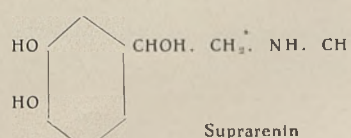


† Fryderyk Stolz

Dr. Fryderyk Stolz, wynalazca Pyramidonu, nie żyje! W ciągu 40 lat był on kierownikiem działu chemicznego fabryki barwników w Hoechst (obecnie I. G. Farbenindustrie). Przez swój wynalazek stał się Stolz dobroczyńcą wszystkich ludzi cierpiących na ból głowy. Gdy Stolz przybył do Hoechst rozpoczynano tam wówczas wyrabianie ze smoły węglowej nietylko jak dotychczas barwników lecz również i leków. Był to właśnie czas, gdy odkryto Antipyrinę, która oddawała już cenne usługi przy bólach głowy i gorączce. Stolzowi udało się wytworzyć środek pokrewny Antipyrinie, lecz znacznie skuteczniejszy: Pyramidon. Najlepszym dowodem wielkości odkrycia jest fakt, że dotychczas pomimo wielu prób nie udało się wynaleźć innego środka, przewyższającego Pyramidon. Pyramidon przedstawia obecnie jeden z najniezbędniejszych leków.



Pyramidon
(Dwumetylamino-fenyldwumetylopyrazolan)



Suprarenin
(Dwuoksyfenyletanol-metylamina)

Wynalezienie Pyramidonu nie wyczerpywało bynajmniej naukowej działalności **Stolza**. Arsenał lekarski zawdzięcza mu jeszcze cały szereg odkryć, wśród których należy przedewszystkiem wymienić otrzymanie na drodze syntetycznej Suprareniny, hormonu nadnerczy. Suprarenina, jako środek zwężający naczynia, znajduje obecnie kolosalne zastosowanie zwłaszcza w znieczulaniu miejscowem. Suprarenina przedstawia pierwszą udaną próbę sztucznego wytwarzania znajdujących się w ustroju hormonów. Synteza kilku innych hormonów, niestety bardzo nielicznych, powiodła się dopiero po upływie wielu lat.

Wydział Lekarski Uniwersytetu w Marburgu w uznaniu zasług **Stolza** w dziedzinie lecznictwa przyznał mu przed kilku laty tytuł doktora medycyny honoris causa.